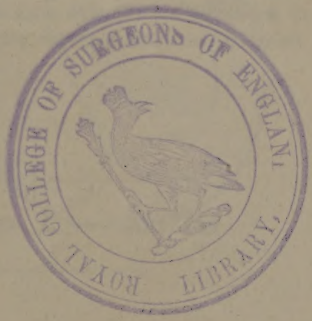
ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA.



ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DIRETTI DA

DOMENICO CHIARA
Professore Direttore dell' Istituto Ostetrico di Milano

OTTAVIO MORISANI
Prof. di Ostetricia e Dir. della Clinica Ostetrica nella R. Università di Napoli

EDOARDO PORRO
Prof. di Ostetricia e Dir. della Clinica Ostetrica nella R. Università di Pavia

DOMENICO TIBONE
Prof. di Ostetricia e Dir. della Clinica Ostetrica nella R. Università di Torino

E REDATTI DAI DOTTORI

Cuzzi Alessandro, Prof. straord. di Ostetricia nella R. Università di Modena.
Bergesio Libero, Primo Assistente alla Clinica Ostetrica di Torino.
Mangiagalli Luigi, primo Assistente nell'Istituto Ostetrico di Milano.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

Anno I — 1879

MILANO
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI, TIP.-EDITORE
Via Disciplini, 15

1879

INDICE

Memorie originali.

Albertini G. — Contribuzione alla cura chirurgica delle fistole genito-urinarie nella donna . . . . . *Pag.* 65

Bergesio L. — Ancora una parola sull'azione ecbolica della pilocarpina » 99

Bergesio L. — Influenza della gravidanza sull' organo del respiro in condizioni fisiologiche e patologiche, studiata sperimentalmente e clinicamente . . . . . » 209

Bergesio L. — Lacerazioni vulvo-perineali nel parto pel vertice. — Profilassi e cura . . . . . » 385

Berruti G. — Osservazione di amputazione cesarea utero-ovarica. Lettera al prof. Chiara . . . . . » 347

Camagna G. — Una storia di Ovariotomia . . . . . » 88

Chiara D. — La ovaro-isterotomia cesarea . . . . . » 1

Chiara D. — Casuistica ostetrica. . . . . » 289

Chiara D. — La quinta ovaro-isterotomia cesarea (metodo Porro) con esito felice per la madre e il bambino. — Lettera al Cav. Giuseppe Berruti . . . . . » 573

Cuzzi A. — Due nuovi fatti clinici sull'uso del cloridrato di pilocarpina per provocare il parto prematuro . . . . . » 22

Cuzzi A. — Le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche del feto e neonato sotto il punto di vista ostetrico e medico-legale . . » 36

Cuzzi A. — Il materiale infettante e la profilassi antisettica nella partoriente e nella puerpera . . . . . » 321

Inverardi G. — Considerazioni critiche sulle indicazioni del rivolgimento ricavate dai registri della Clinica Ostetrica di Torino. » 637

Longhena A. — Un caso di cefalotrissia col cefalotribo finestrato di Lollini . . . . . » 230

Longhena A. — La vaginite granulosa in rapporto col parto, col puerperio e colla salute del neonato . . . . . » 443

Longhena A. — Alcuni dati clinici sulla subinvoluzione uterina studiata fra i 9 ed i 24 giorni dopo il parto nel R. Istituto Ostetrico di Parma . . . . . » 595

MANGIAGALLI L. — Osservazione di ovaio sopranumerario . . . . . *Pag.* 149
MANGIAGALLI L. — Osservazione di amputazione cesarea utero-ovarica (metodo Porro) con esito felice pel bambino e per la madre. » 509
MANGIAGALLI L. — Tre osservazioni di retroversione e retroflessione dell'utero gravido . . . . . » 660
MORISANI O. — Sopra la escisione dei mio-fibromi sessili della cavità uterina . . . . . » 449
NEGRI P. — Atresia quasi completa cicatriziale della bocca uterina: stenosi pelvica di 2.° grado: isterostomatomia: cefalotrissia: puerperio fisiologico . . . . . » 372
NEGRI P. — Idronefrosi sinistra da gravidanza, arresto di sviluppo del rene destro. . . . . » 609
NICOLINI B. — Un' osservazione clinica sull' uso ostetrico della pilocarpina . . . . . » 95
NICOLINI B. — Pelvi semplicemente piatta - Conjugata vera 82-85 m. m. - Presentazione di vertice con procidenza di una mano, non riconosciuta - Feto morto - Ripetuti tentativi di liberazione a domicilio - Estrazione mediante uncini acuti. . . . » 548
ROCCA G. — La infezione puerperale studiata sul cadavere. Riassunto di una lezione fatta dal prof. Colomiatti il giorno 31 maggio 1879 . . . . . » 670
TIBONE D. — Ricordi sopra quattro casi di taglio cesareo e clinica esposizione di un caso di Istero-Ovariotomia Cesarea per distocia pelvica da rachitismo; madre morta da peritonite, feto salvo . . . . . » 129

Letteratura straniera.

FOURNIÈR. — La sifilide nel matrimonio . . . . . » 238
HEGAR A. — Il metodo dell'esplorazione bimanuale nella diagnosi ginecologica. . . . . » 181
PARROT. — Cura della sifilide ereditaria nei neonati . . . . . » 627

Rivista bibliografica.

BREISKY, PEROLIO, LITZMANN, FRANZOLINI. — Osservazioni di amputazione cesarea Utero-Ovarica . . . . . » 251
FREUND W. A. — Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus (Un nuovo metodo di estirpazione totale dell'utero) . . » 123
GIACOMINI C. — Annotazioni sopra l'anatomia del Negro . . . . . » 63
HEGAR A. — La castrazione delle donne dal punto di vista fisiologico e chirurgico . . . . . » 53

Kocks I. — Ueber die totalextirpation des Uterus-Vorschlag einer vereinfachten neuen Operationsmethode . . . . . *Pag.* 126
Landi P. — Contribuzione alla diagnosi diretta ed indiretta delle cisti ovariche . . . . . » 742
Liebman C. — Intorno alla perforazione delle pareti dell' utero con l'isterometro. . . . . » 248
Mangiagalli. — Analisi bibliografica sulla esportazione totale dell'utero canceroso . . . . . » 376
Pinard A. — Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la vérsion par manoevres extérnes . . . . . » 116
Rottura d'utero . . . . . » 635
Tordeus E. — De l'invagination intestinale chez les enfants . . . » 307

Varietà.

Amputazione cesarea utero-ovarica . . . . . » 448
Commissione organizzatrice del VI Congresso in Napoli (1879) . . . » 507
Concorsi . . . . . » 508
Formulario ginecologico . . . . . » 128
Fomentazioni calde sul capo nei casi di emorragie uterine . . . . » 255
La operazione cesarea col metodo Porro in Francia . . . . . » 508
Mangiagalli L. — Impressioni di un ostetrico in viaggio. Lettere al prof. cav. Domenico Chiara . . . . . » 496
Movimento clinico-operativo della R. Scuola pareggiata di Ostetricia in Milano dal 1.º Maggio a tutto Agosto 1879.
Movimento clinico negl' Istituti Ostetrici di Torino e di Milano nel 1.º Quadrimestre 1879.
Necrologia . . . . . » 192
Nomine. 255-507
Trattamento antisettico dell'empiema nei fanciulli . . . . . » 192

Notizie compendiate.

Amputazione cesarea utero-ovarica . . . . . » 751
Esportazione totale dell'utero canceroso . . . . . » 751
Ovariotomia. . . . . » 752
Rottura d'utero . . . . . » 752

Volume I. Gennaio 1879.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

LA OVARO-ISTEROTOMIA CESAREA

Conferenza tenuta nell'anfiteatro chirurgico (aula Paletta) dell'Ospitale Maggiore di Milano dal prof. D. Chiara, *direttore della R. Scuola pareggiata di Ostetricia* (26 novembre 1878)

Signori. — Per debito d'ufficio, per vaghezza di confronti, per sacrificare anch'io all'amore della statistica, volli un giorno cercare ne' registri del nostro ospizio di maternità, tenuti con tutta cura, la risposta a questo, nè facile, nè semplice quesito « quale fosse la quota *percentuale* di donne mal confor- » mate che annualmente vi trovano ricovero e assistenza »: la risposta mi venne pôrta da una cifra superiore di molto a quella che m'aspettava, per quanto l'aspettazione mia non fosse poca; cotesta cifra sta fra 20 e 26 %! Signori, la è dessa una proporzione molto forte, e che trova riscontro in nessuna clinica nostrana, ed in pochissime straniere, giudicando almeno da' prospetti e rendiconti che si fanno di pubblica ragione. — Scomponendo la detta cifra col criterio etiologico, e supposto che la cifra più frequente sia 24, noi potremmo ammettere come molto prossima al vero la proporzione che segue: donne rachitiche 12 %; donne viziate senza pregressa malattia dello scheletro (bacino piatto, bacino universalmente ristretto) 7 %; donne osteomalaciche 2 %; viziate per altre cause 3 %!!

In cotesto contingente, assai elevato, di pelviche viziature che regolarmente ci si presentano in ciascun anno voi trove-

rete, o signori, la ragione precipua del considerevole numero di atti operativi cui ci tocca di compiere nel giro di un anno (15 %), vi spiegherete con quello come tra cotesti atti molti sian gravi, perchè frequenti quelli che spettano alla famiglia embriotomica, e vi troverete ancora la ragione dell'interesse vivissimo che da noi si porta per tutto quanto spetta, da vicino o da lontano, a quella che da tanti si proclama la regina delle operazioni ostetriche, il taglio cesareo.

Nel 1862 fu qualche momento in cui la vecchia e sempre grave questione dell'embriotomia, del taglio cesareo, e dell'aborto ostetrico nelle forti stenosi pelviche, s'era alquanto accalorata per opera di un ostetrico italiano, il quale aveva pensato, col mezzo del giornale francese (luglio 1862) la *Gazette des hopitaux*, di richiedere sul grave argomento l'avviso del prof. Pajot. — Rispose questi che nei bacini viziati sotto i 6 centim. egli pratica la cefalotrissia ripetuta senza trazioni; e che l'operazione cesarea (enfance de l'art) dovevasi serbare per i bacini dove il cefalotribo non può passare; conchiudeva: « Laisser aller à terme une grossesse de 4 mois dans un ré- » trécissement de 5 centim. — me parait non seulement une » mauvaise chirurgie, mais une mauvaise action ».

Signori, son disposto, da parte mia, ad inchinarmi reverente alla dogmatica sentenza del brillante professore della facoltà medica di Parigi; ma pongo ad un tempo il patto che mi si conceda facoltà di notare che, sempre quando, per evitare il taglio cesareo, s'impianta il craniotomo nel capo e si dilacera il cervello di un feto ancora vivo, oppure se ne diminuisce forzatamente il volume col cefalotribo, sia pur questo svelto e leggiero, robusto ed elegante, con la perdita di 36 % di donne (statistica francese), oppure s'interrompe con altra violenza l'opera mirabile della natura provocando l'aborto che vale sacrifizio inesorabile del feto, e perdita di qualche donna (3 %), oppure si provoca il fastidioso parto prematuro che ci dà l'80 % di feti che o vengono morti o vivono per il battesimo soltanto, e il 6 % di morte tra le

operate; quando ciò si fa dall'ostetrico, non si può di certo affermare ch'esso segua i precetti di un'ottima ostetricia e commetta un'azione molto migliore di quella di colui che preferisce il taglio cesareo salvando quasi sempre il feto e da 10 a 12 volte su 100 la madre!

Ma bando a coteste discussioni; desse sono irritanti al sommo ed approdano a questo soltanto di provare che nell'ostetricia anch'essa, questa ch'è pur la più positiva e pratica figlia della medicina, accade talvolta il caso che Galeno neghi là dove Ippocrate afferma!

Il fatto brutale, irrefutabile non manca per dirci che vi saranno, se non sempre, per un tempo per noi indefinitamente lungo, delle donne cui la rachitide o l'osteomalacia, o, più raramente un'altra causa, sconciarono sì gravemente nella pelvi da non lasciare sul terreno della profilassi altra via di scampo che l'aborto, e che presentandosi all'ostetrico, vuoi in epoca troppo inoltrata di gestazione, vuoi in soprapparto, rendono impossibile l'ostetricia preventiva; nel caso supposto, *quid agendum?* V'ha forse modo di sciogliere il nodo, o questo non si dovrà per contro tagliare? — In altri termini, il caso da me supposto porta seco l'*indicazione assoluta* dell'operazione cesarea, e all'ostetrico, qualunque ne siano le convinzioni scientifico-cliniche e morali, sarà forza inchinarsi alla dura necessità!

Nè vi piaccia credere, o signori, che il caso da me supposto si trovi soltanto nel campo teorico, o ch'io ve l'abbia messo *pour le bésoin de la cause, ad usum delphini!*

I rendiconti storico-clinici e statistici del nostro ospizio vi potran dire che quanto supposi si avvera regolarmente in ciascun anno e talora più di una volta. — Una donna si è sgravata felicemente 4, 6, 10 volte; nel corso delle ultime gestazioni l'osteomalacia la sorprende, e lentamente, dolorosamente, inesorabilmente la deturpa tanto che non il feto, ma neppure il dito esploratore trova spazio bastevole per passare tra le branche ischio-pubiche: ma questo triste prodotto della sua malattia la donna quasi sempre ignora, oppure si rifiuta, tanto

le par strano, di prestar fede e seguire i consigli del medico, o della levatrice, per un parto artificialmente anticipato; nel frattempo giunge una nuova gravidanza, e poi il parto che la poveretta si ripromette facile e pronto.... il passato non è là forse per raffermarla in tale credenza?!..... E dopo lunghe ore, e talvolta giorni, di paziente e dolorosa aspettazione, convinta dal fatto che la natura è questa volta impotente, richiede alla fine l'intervento e il soccorso dell'arte; per questa il tempo della profilassi è trascorso, e la grave viziatura pelvica non permettendo neppure il riscontro digito-vaginale, lascia un modo solo di soccorso, il taglio cesareo; e questo dovrassi eseguire, sia vivo il feto, oppur morto, buono lo stato della donna, o cattivo, se pure l'ostetrico intende di sfuggire all'onta (che potrebbe anch'essere delitto in certi casi) di assistere, *le braccia al sen conserte*, alla morte di una partoriente *non liberata*!

Signori: la donna che ci sta dinanzi è *prova vivente* della verità di quanto son venuto dicendo. — Nove anni or sono, e dopo 5 parti naturali, facili, prontissimi, viene colpita dall'osteomalacia che la 6.ª gravidanza venuta poco dopo (son passati 5 anni) fa progredire rapida e seria al punto da deformarne lo scheletro in modo grave e strano, e com'ora ci si presenta; la perniciosa gestazione tocca regolarmente il suo termine, e il parto si compie ancora *quasi spontaneo* grazie alla dilatabilità, cedevolezza e flessibilità cerea delle ossa pelviche; dissi *quasi spontaneo*, chè fu lungo assai il periodo espulsivo, e l'arte v'intervenne in *certo modo* per mano del marito. — Questi, veduto infruttuoso il travaglio che durava da lunghe ore, e reso edotto dalla partoriente che l'ostacolo trovavasi allo stretto d'uscita, posta a sedere la donna, e messolesi di dietro, la sollevò colle mani applicate sulle tuberosità ischiatiche stirandole ad un tempo verso l'esterno, e vide con notevole rapidità venir espulso un grosso bambino che vive tuttora.

Il puerperio fu normale; ma nè durante l'involuzione puer-

perale, nè più tardi la malattia ossea dava segni di regredire o spegnersi, e l'ultima gravidanza, quella di quest'anno, trovava lo scheletro già grandemente deforme, ed alla deformazione portava il proprio contributo dando nuova forza e stimolo alla non spenta osteomalacia.

Il 18 ottobre s'inizia il travaglio a termine, e la partoriente, che respinto aveva i consigli della sua levatrice, la quale trovava indicato il parto anticipato artificiale, si aspetta, fidente e tranquilla, che tutto proceda e si compia come nel passato —: il giorno 19 le doglie si sono fatte più frequenti e poi incalzanti, ma senza effetto, ed alle ore 7 pom. il marito, che aveva ripetuto invano la manovra coronata da successo nell'ultimo parto, persuaso dell'impossibilità di questo, si decide a chiedere il soccorso dell'arte, e la sua figlia maggiore con una vicina di casa, dopo vane ricerche altrove, vengono a battere alla porta dell'ospizio alle ore 8 pom. del medesimo giorno 19. — Rientrava in quel momento nell'ospizio in compagnia dei signori medici assistenti; questi, muniti del forcipe, rifanno i passi e si recano frettolosi al domicilio della partoriente, convinti trattarsi di qualche lieve ostacolo, cui la fantasia dei parenti avesse stranamente ingrandito; in quella vece vi trovano una pelvi sì fortemente angusta nello stretto perineale, da indurre in essi la convinzione fosse quello un caso di *indicazione assoluta* del taglio cesareo. — Pertanto il dott. Cuzzi, medico 1.° assistente, s'affretta restituirsi all'ospizio per darmene avviso, e fare gli apparecchi necessari alla preveduta operazione, mentre il dott. Mangiagalli, 2.° assistente, rimane per far mettere la donna in carrozza e farsele compagno fino all'ospizio.

Appena giunto (ore 9 $^1/_2$ pom.) la esamino attentamente e trovo che tra le branche ischio-pubiche, in basso, non è possibile immettere che l'apice del dito indice, che in alto, sotto il pube, il dito può passare, ma con istento e producendo intenso dolore, e che infine si possono collocare due dita nello spazio retro-ischiatico, ma con difficoltà e dolore anche quivi;

ma nè sotto il pube, nè dietro le t. ischiatiche si può portare le dita tanto in alto da toccare la bocca uterina, la parte presentata o il promontorio sacrale, ma soltanto si raggiunge verso l'alto della vagina un grosso gomitolo di cordone tuttora regolarmente pulsante, ma con insolita frequenza. — Nei ripetuti tentativi di riscontro vaginale tutti noi cerchiamo se per avventura le ossa godessero ancora dilatabilità e cedevolezza sufficiente perchè ci sentissimo autorizzati a tentare la liberazione forzata durante il sonno cloroformico, ricerca cotesta rigorosamente doverosa sempre quando si tratta di bacino viziato per osteomalacia; ma le ossa non cedono in alcun punto, nè in alcun senso. — Colla palpazione si sente l'ovoide cefalico, voluminoso, sulla fossa iliaca destra, e su quella sinistra l'ovoide podalico; l'utero, notevolmente piegato in avanti, poggia sulla faccia anteriore delle coscie, ed ha il suo massimo diametro diretto in senso tutt'affatto trasversale; il battito cardiaco fetale si ode distinto, superficiale, frequente (160 per minuto), e diffondentesi da destra a sinistra, in senso parallelo al pube; cola qualche po' di liquido amniotico tinto fortemente di meconio: diagnosi, presentazione della spalla sinistra, dorso in avanti: donna sofferente, abbattuta, denutrita, temperatura 38 $^1/_2$, polso 144.

Signori, con una pelvi siffatta, col feto situato trasversalmente, con la nessuna dilatabilità della cintura pelvica, di fronte alla meccanica impossibilità al passo della mano armata, o disarmata lungo il canale pelvico, a noi, fossimo pure convinti che sia cattiva operazione ostetrica il taglio cesareo, questo s'imponeva inesorabilmente, nè rimaneva partito che non fosse quello di metterlo in atto e prontamente tenuta in conto la procidenza del cordone, la perdita di meconio, e la frequenza del battito cardiaco fetale.

Dice Kaeberlé dell'ovariotomia « La simplicité, la rapidité, » la précision, la proprété avec la quelle elle est excutée ont » una grande importance pour son succès ». — Questo principio che domina moltissime altre operazioni assume per il taglio cesareo specialissima, capitale importanza.

Era dunque nostro dovere, vista la necessità del taglio, domandarci prima di procedervi, quale fosse il metodo che ci permettesse di tenere associate la semplicità colla precisione, la rapidità con la nettezza, intendendo con quest'ultima, la migliore e più sicura difesa contro l'infezione e la setticemia.

È noto a voi tutti, o signori, che per tagliare il terribile nodo che si chiama soprapparto in donna gravemente viziata si porgono all'ostetrico 4 modi, o metodi operativi, che sono:

1.° Il metodo di Mauriceau che chiameremo classico.

2.° Il metodo classico modificato coll'aggiunta della sutura dell'utero.

3.° L'amputazione utero-ovarica complementare del taglio classico (metodo Porro).

4.° La laparo-elitrotomia (metodo di Ritgen).

Per coloro poi che seguono i dettami e la pratica della scuola napoletana la logica vuole che si trovi designato un altro metodo, che sarebbe: La sinfisiotomia combinata con l'embriotomia, preceduta, o non dalla versione: permettetemi breve e rapida critica di questi metodi, e cominciamo dall'ultimo, il 5.°

La maggioranza degli ostetrici s'è da lungo tempo accordata nel proscrivere dal campo tocurgico l'operazione Sigoultiana: questa s'è rifugiata, dirò meglio, ha trovato e conserva larga ospitalità presso la scuola napoletana; noi colla più parte degli ostetrici reputiamo la sinfisiotomia non buona pratica operativa in nessun caso, e respingiamo il connubio Jacolucci, ch'è l'associazione del taglio della sinfisi pubica col parto prematuro, ne'vizi di 3.° grado; perciò non potevamo fermare il pensiero su questo partito, quando non fosse per respingerlo, tanto più nel caso concreto caratterizzato da cotanta stenosi nello stretto di emissione.

Il metodo classico, quello che porta il nome di Mauriceau, e che consiste, come sapete, nella dieresi delle pareti addo-

minali e dell'utero, estrazione del prodotto, sutura della ferita addominale, lasciando l'utero libero nell'addome; questo metodo, dico, co'suoi frequentissimi e quasi necessari rovesci, porto ferma convinzione ch'abbia fatto il suo tempo, rimanendo quale sola ed estrema risorsa per il pratico isolato, privo di adatti assistenti, e di quel complesso di mezzi strumentali che un altro metodo qualunque possa reclamare.

Maggiori probabilità di buon successo ci porge, *teoricamente*, il taglio classico, seguito dalla sutura della breccia uterina; per altro, praticamente, la cosa corre ben diversa, chè la statistica di quest'atto operativo sembra non si scosti di molto da quella del metodo Mauriceau; con esso difatti non certissima l'emostasi, non difficile la peritonite settica, o la metrite, o la metro-flebite e linfangite, sia lasciando l'utero, suturato, libero nel cavo addominale, che fissandolo colle pareti: s'aggiunga che l'abilità, sia pur somma, dell'operatore, non che la dovizia di mezzi strumentali e d'ajuti intelligenti non potranno farne mai un metodo rapido e semplice, condizione d'immenso valore per un atto operativo che tocca sì da vicino e per tanta superficie la grande caverna linfatico-peritoneale: — il buon successo delle operazioni che ledono il peritoneo non è forse proporzionale al poco tempo nel quale la grande sierosa rimane esposta? — Questo metodo, dunque, come il 1.° ed il 2.° venne respinto; ci rimanevano quello di Porro, cioè l'amputazione utero-ovarica dopo il taglio, e la laparo-elitrotomia (metodo di Ritgen), rimessa in onore dagli americani Gaillard Thomas e Skene.

Noi possiamo ridurre a quattro i tempi, o momenti più importanti di quest'ultimo metodo operativo.

Nel 1.° tempo l'operatore deve incidere la parete addominale fino al peritoneo, seguendo la direzione del legamento di Falloppio.

Nel 2.° respingere il peritoneo in alto, senza lederlo, e poi spaccare la vagina per una sufficiente lunghezza, fino in vicinanza della bocca uterina.

3.° Mettere, con opportuni maneggi, la bocca dell'utero in rapporto con la breccia vaginale, ed introdurre, per questa, la mano nel cavo uterino per fare la versione ed estrazione del feto se questo presenta la testa, oppure la spalla, la estrazione soltanto, se presenta l'ovoide podalico.

4.° Collocare un drain vagino-addominale, fare la sutura delle ferite della vagina e dell'addome, e poi un' opportuna medicatura.

Questo metodo, che diede ai signori Gaillard Thomas e Skene 3 successi felici su 5 tentativi, mi seduceva malgrado le previdibili difficoltà, complicanze e lungherie; ma su di esso non aveva esperienza alcuna, neppure quella che s'acquista sul cadavere, e che vuol essere di stretto, assoluto dovere per non incorrere nel grave rimprovero di fare uno sperimento chirurgico in *corpore vili;* s'aggiunga che nella nostra donna la grave stenosi dello stretto inferiore costituiva *forse* una rarissima controindicazione al metodo del Ritgen.

E così per la china dell' esclusione ci vedemmo ridotti ad accogliere il metodo Porro; ci soccorreva per questo non ispregevole esperienza, ricorrendovi noi per la terza volta; con esso potevamo, più che con un altro, riprometterci la *precisione*, la *semplicità*, la *prontezza;* per la *nettezza*, vale a dire, per la difesa contro la setticemia ci consideravamo fortemente armati grazie all'egregio direttore dell'Ospizio, il cav. R. Griffini, che ci aveva con scientifica ed illuminata generosità doviziosamente forniti in antecedenza di tutto quanto fa mestieri per la rigorosa ed esatta profilassi Listeriana; voglia, l' egregio collega qui presente, accogliere i miei più sentiti ringraziamenti. — Compiemmo dunque l'atto operativo predetto; e l'operata, che ci sta dinnanzi non solo guarita della malattia chirurgica, ma notevolmente migliorata del suo meschino stato generale (35 giorni dopo il parto), e la bella bambina estratta rigogliosa e piena di vita (1) ci assicurano da rimproveri e rimpianti.

(1) Morì 22 giorni dopo nata per risipola flemmonosa da vaccinazione.

Signori: l'amputazione utero-ovarica cesarea (o puerperale), felice e salutare ardimento del prof. Porro, non è più alle sue primissime prove; nell'ora in cui vi parlo, son noti 16 casi con 8 guarigioni; nessuna grande operazione può vantare principii così belli, non la sua sorella maggiore, la ovariotomia!

Pur pure ne' passi che va movendo per il campo ostetrico qualche dubbio l'accompagna, qualche rimprovero le vien fatto, non le mancano l'esitanza e qualche ripulsa; ed io, che la giudico un vero progresso, reputo mio dovere perorarne la causa con tutte le forze: perciò, e per darle pubblicità, spinto da un vero spirito di *réclame* che non parmi biasimevole, mi lasciai vincere dalla tentazione, e commisi il peccato d'orgoglio e presunzione di parlare a sì eletta schiera di colleghi.

Pertanto vi prego d'essermi generosi ancora di alquanto tempo perchè possa addentrarmi in taluni particolari che giudico non destituiti di clinica importanza.

È noto a voi, o signori, ed a me più che a tutti per averne discorso a lungo col Porro, che questi spinto dai mirabili successi del Péan nell'isterotomia comune, pensò *per il primo* di seguirlo nel campo puerperale, e nel maggio del 1875 fece il primo quell'atto operativo ch'egli da lunga mano era venuto meditando: lo illustrava di poi con una memoria non men bella, di certo, dell'operazione illustrata. — Vi tenevan dietro, a breve andare (1877), Späeth e Braun C. di Vienna, Müller di Berna, Previtali di Bergamo ed io stesso, e poi Hegar, e Waissége, e Breiski, e Tibone, e Perolio (di Brescia) (1) (Italia, Austria, Germania, Svizzera e Belgio); di guisa che in

(1) In questo momento (11 dicembre) mi giunge notizia della 17.ª operazione praticata dal prof. Fehling il 7 ottobre nella scuola ostetrica di Stuttgart: egli mise in opera il processo di Müller, cioè estrazione dell'utero e stringitura del cono cervicale prima delle dieresi: fu necessario prolungare l'incisione addominale di 4 cent. per poter estrarre l'utero; tentò invano di dividere il moncone in due trafiggendolo con un ago a doppio filo (di ferro?). — Durata dell'operazione ore 1,15 minuti; morte della donna, nel 5.° giorno, di peritonite settica, bambino salvo.

meno di 3 $^1/_2$ anni i casi sommarono a 16 con 8 guarigioni, succedentisi coll'ordine seguente:

Porro	1
Späeth	1
Müller	1
Breiski	1
Waisseige	1
Perolio	1
Chiara	1
Braun C.	1

L'atto operativo non lungo, nè complicato consta di 4 tempi:

1.° Divisione cruenta della parete addominale.

2.° Dieresi cruenta, o incruenta, dell'utero ed estrazione del prodotto.

3.° Stringimento del cono cervico-uterino sotto le ovaje, e più o meno vicino all'orifizio interno, fino all'emostasi assoluta.

4.° Amputazione dell'utero con le ovaje, sutura e medicatura.

Tale il metodo descritto in modo sommario, a grandi linee; studiamone i particolari; e perchè non ci venga meno l'ordine e la chiarezza, vi daremo la forma di un questionario domandandoci:

1.° Dobbiamo noi attendere il travaglio per operare, o, potendolo, non è miglior partito porvi mano prima che si dichiari il travaglio e quando l'utero è tuttora tranquillo?

2.° È bene spaccare l'utero nel cavo addominale, oppure estrarlo integro per la breccia addominale, e farne la dieresi fuori dall'addome coll'intento di evitare lo spandimento di liquido amniotico e sangue nel cavo peritoneale? Non sarebbe per avventura buon partito quello di aprire l'utero con il caustico che può darci una dieresi incruenta, oppure stringere il cono cervico-uterino prima di incidere il corpo, nello scopo di assicurarci l'emostasi?

3.° Qual'è il modo, quale il mezzo migliore di stringere il

cono utero-cervicale fino all' emostasi, quale il destino più sicuro e più innocente per il moncone lasciato dall'amputazione?

4.° È pratica saggia, prudente ed inoffensiva quella di porre il *drain* addomino-vaginale quando si circonda l'atto operativo con le precauzioni antisettiche del Lister?

5.° Prima di escidere l' utero, non sarebbe forse cosa vantaggiosa trafiggere il cono cervicale per dar passo a due fili co' quali dividere il grosso moncone, che ne risulta, in due, perchè, se fissato all'esterno, ne siano più pronte la mortificazione e la caduta?

Signori: la soluzione del 1.° quesito va cercata, o si confonde, in quella del 3.° — I modi o mezzi adoperati finora per stringere e strozzare il cono utero-cervicale furono (per quanto mi consta) il filo di ferro ricotto, e la catena dell' écraseur di Chassaignac. — Orbene, tenuti in mente i rapporti tra l'utero ed il suo rivestimento peritoneale, e ricordato che siffatti rapporti sono tanto più deboli e lassi, quanto più si avvicinano al fornice vaginale, ecco quanto ci accade di osservare man mano che l' utero viene stretto dall' ansa o catena strozzante. Applicata sulla superficie levigata e scorrevole di un corpo conico coll' apice in basso, qual' è la regione utero-cervicale, l'ansa nell'atto che viene stretta tende, per necessità fisica, a scorrere in basso tirandosi dietro il peritoneo là dove li suoi rapporti coll' utero sono deboli, cioè nel 3.° inferiore; il peritoneo si raccoglie così sotto l'ansa strozzante (1), mentre l'utero dal suo canto, e sempre per legge meccanica, viene spinto in alto scivolando sotto il foglio peritoneale: ne risulta che quando se ne fa l'escisione si vede: 1.° che i margini del peritoneo diviso dal coltello si allontanano dall'orlo della ferita uterina di 5, 6 centimetri; 2.° che il taglio del tessuto dell'utero cade assai più basso di quanto non appaja giudicando dal punto sul quale si portò il filo del coltello nel momento di

(1) Questo fatto, purchè non esagerato, avrebbe il vantaggio di prevenire lo stiramento peritoneale, coi dolori che si associano, dopo fissato il moncone, e scemare la retrazione di questo.

cominciare l' amputazione. — Questi fenomeni sono tanto più facili e spiccati, quanto meglio e più energicamente contratto è l'utero in quel momento; ne deriva forzatamente il pericolo che il moncone riesca verticalmente troppo sottile, e che nel peritoneo laminato dall'ansa, ed ammassato sotto di questa, s'insedi un processo con esito di saccoccia purulenta.

Leggete la storia dell'operata del Porro, e vi troverete scritto che codesto evento impensierì siffattamente l'operatore, che per evitare il pericolo egli pensò di fissare l'ansa del filo costrittore sopra il resistente tessuto di un ovario.

La 2.ª operata dal prof. Waisseige di Liegi morì per gli effetti di un accidente che credo sia in rapporto con lo stiramento peritoneale cui venni descrivendo; nello stringere la catena dell'écraseur collocata sul cono cervico-uterino, la sierosa si lacerò, e la catena intaccando e lacerando il tessuto uterino (in quella donna molto friabile), provocò formidabile emorragia; vi riparò l'operatore con la massima energia e tutto il sangue freddo, ma l' emostasi non si mantenne perfetta, e la donna soccombeva nel 3.º giorno coi fenomeni di peritonite e di emorragia interna resa palese dalla necroscopia. — Orbene, signori, nella mia prima operata, compiutosi l'atto operativo avanti del travaglio, l' inconveniente descritto non si produsse, nè poteva prodursi, chè l'utero molliccio a guisa di cencio (e senza perdita sanguigna) cedette e si ripiegò sotto la pressione del filo, che per conseguenza, non potè nè scivolare nè spostarsi; ne traggo il corollario che debba essere migliore partito quello di fare l'operazione, potendolo, prima del soprapparto.

Ma, come l' attesta l' ultimo mio caso, non sempre n'è dato di scegliere il momento, chè può presentarsi la necessità di operare talfiata sull' esordio del travaglio, ed altra volta quando questo dura da lunghe ore, o da qualche giorno; in siffatta contingenza, quale sarà il mezzo di stringitura che ci possa permettere di schivare l'inconveniente più volte notato, o mantenerlo dentro limiti non pericolosi?

Lo Späeth di Vienna afferma che la catena dell'écraseur per la superficie irregolare e dentata della sua faccia interna, quella che resta contro i tessuti, deve funzionare meglio del filo metallico, spostandosi e scivolando pochissimo od anche nulla affatto; ebbene, se mi fosse concesso di giudicare da quanto vidi nella mia terza operata, nella quale adoperai la catena, direi che l'ipotesi dello Späeth non ha fondamento; la catena scivola quanto il filo, e ve lo attesta l'utero che vi presento: su questo potete vedere come tutt'ingiro, e particolarmente ai lati il peritoneo sia discosto dal margine del tessuto uterino da 4 a 6 centimetri, prova indiscutibile che la catena stirò il foglio peritoneale scivolando in basso; chè la sola inflessione circolare che tien dietro all'infossarsi della catena non basterebbe per dare un ritraimento esteso di circa 6 centimetri. — Pertanto non dovrebbe essere vano l'escogitare un altro modo di stringimento, e credo che il migliore sarebbe questo: perforare il cono cervico-uterino nel senso antero-posteriore con un grosso trequarti, immettere nella cannula 2 fili metallici (filo ricotto), non troppo piccoli, e dopo, ritirata la cannula, stringere separatamente i due fili a destra ed a sinistra, col serranodi di Cintrat; ho la convinzione che il filo non s'inzepperebbe troppo nel tessuto per dove passò il trequarti, e così mentre terrebbe l' utero dal rimontare in alto, non potrebbe stirare e trascinare tanto in basso il rivestimento peritoneale; gli è quanto avrei fatto, se l'arrivo inaspettato e in ora tarda, e l' urgenza di operare non ci avessero sorpresi in momento che l'armamentario non aveva filo ricotto di diametro conveniente. Dividendo il moncone in due parti s'avrebbe ancora il vantaggio di renderne più celere la mortificazione e la caduta che, quand'è intiero, domanda da 10 a 16 giorni: gli è insomma, il processo che segue Pean quando, nell'isterotomia comune, il moncone gli riesce troppo voluminoso.

Quanto al sito migliore nel quale procedere alla dieresi dell'utero, se dentro o fuori del cavo addominale, parmi si possa stabilire che, potendolo estrarre senza forte contusione e sti-

ramenti dei margini della ferita addominale, sia da seguirsi la pratica; circondandone la zona inferiore con flanelle o spugne, si evita con certezza lo spandimento di liquidi (amniotico, sangue) nel cavo peritoneale; sgraziatamente le condizioni fisico-anatomiche dell' addome e dell' utero raramente si prestano al passo attraverso la breccia dell'addome senza estenderla fino a 18, 20 centimetri, e questo non giudico prudente: conchiudo su questo punto con dire che senza rinunciare assolutamente alla pratica tanto raccomandata dal Müller, si debba desistere da qualsiasi manovra tuttavolta che pochi e gentili tentativi non raggiungono l'intento: gli è la condotta da me seguita nell'ultima operata: — la dieresi poi dell'utero, ricordando la non rara probabilità di cadere sulla placenta (occorse a me 2 volte su 3), con esito di forte emorragia credo che si debba fare col coltello caustico di Paquelin, o con quello galvanico, se pure s' è certi, con questo mezzo, della dieresi incruenta; giudico inoltre troppo pericoloso, se il feto è vivo, seguire il consiglio e l'esempio di Müller, ch'è di stringere il cono uterino prima di fare la spaccatura per l'estrazione del feto.

Stretto il cono uterino fino all' emostasi assoluta, ed anche oltre, ed esciso l'utero con gli ovari (chè la rimozione di questi organi deve essere il complemento necessario del metodo), si presenta la questione del destino da darsi al moncone; sarà più conveniente affondarlo nell' addome, oppure fissarlo all' esterno?

Signori: quelli tra voi che per avventura furono presenti ad un atto operativo pari a quello che ora ci occupa, ricordando la parte sì cospicua del moncone che sta sopra il cingolo strozzante, comprenderanno di leggeri i miei dubbi che tanta massa di elementi istologici, privi di circolo nutritizio, possa vivificarsi, o essere assorbita: supponendo che tutto proceda per lo meglio s'incistidirà; ma per il cospicuo volume del moncone il lavorìo di separazione dovrà essere molto energico ed esteso; perciò difficile molto che si tenga limitato, non seguito da ri-

sentimento peritoneale lontano, e che sia compiuto prima che l'icorizzazione del moncone non abbia suscitato una peritonite settica, difficile molto che il grosso moncone non contragga dannose ed estese aderenze con gli organi vicini. — Reputo per conseguenza partito più savio e prudente quello di fissare il moncone all'esterno, dando alla fissazione la maggiore solidità possibile.

Lo Späeth non dà molto valore a questo punto, e mostra di non impensierirsi per la retrazione del peduncolo la quale, dice lui, non può farsi energica in residui di uteri che, per la stenosi pelvica, sono da mesi abituati a giacere intieramente sullo stretto superiore, e quasi sempre molto inclinati sul pube. Io temo, o signori, che lo Späeth non abbia dato sufficiente importanza a quel valido fattore di retrazione ch'è la involuzione puerperale: sta di fatto che la mia prima operata dovette soccombere nel 5.° dì per la retrazione del moncone, e la rottura delle formatesi aderenze, e che nella donna qui presente, la caduta del moncone lasciava un infundibolo profondo centimetri 3 $^1/_2$! Cotesto infossamento s'è quasi intieramente colmato, è vero, e la cicatrice appare quasi piana: ma la retrazione ci si mostrò fino alla caduta del moncone straordinariamente energica; pertanto, ammaestrato da' miei fatti, non esito ripetere che nell' *isterotomia puerperale* il moncone non sarà mai troppo solidamente fissato.

La questione del *drain* profilattico ha pur essa non lieve importanza. — Non nego, o signori, che la pratica di porre il mondo esterno in communicazione col cavo addominale mediante un tubo per cui può venir fuori un essudato possibilmente mortifero se trattenuto, e si può lavare, disinfettare, modificare una regione assai importante della caverna peritoneale, questa pratica, dico, ci offre alcun che di seducente, e le speranze teoriche furono non raramente realizzate; il *drain* vagino-addominale diede e darà buoni frutti indubbiamente, ma son d'avviso che ciò debba intendersi applicato agli atti operativi che non vengono circondati dalle precauzioni antisettiche del Lister.

Se per contro si segue rigorosamente la profilassi listeriana, voi vedete subito che la presenza del *drain* costituisce per cotesta profilassi una contraddizione, una pericolosa ed ingenua infrazione; gli è far di tutto per cacciare i germi morbosi per la porta e poi aprir loro la finestra! Un solo caso sembra possa scusare siffatto errore di logica clinica, il caso cioè di colui che per inesperienza, o per accidenti occorsi, non ripromettendosi la necessaria esattezza nell'applicazione del metodo antisettico dubita della sicurezza de' suoi effetti; gli è precisamente il caso mio; nelle prime due operate, per inesperienza in una, per interruzione del metodo antisettico nell' altra, dubitai dovesse questo produrre sicuri effetti, e misi il *drain*; alla 3.ª operazione, nella donna guarita, l' errore di logica non fu più fatto e non abbiam motivo di dolercene; conchiuderò pertanto che la profilassi listeriana esclude la profilassi del *drain*, e che quella domanda necessariamente la medicazione antisettica non più complicata, nè più lunga, nè più difficile, nè maggiormente costosa della medicatura comune, e di questa grandemente più elegante, più pulita, più artistica e più sicura.

Premesse coteste generalità, passo a darvi rapida esposizione di quanto noi facemmo per la donna che porse argomento al mio discorso. — Alle 9 $^1/_3$ pom. del 19 ottobre, come già dissi, giungeva nell'ospizio; l'esame clinico, l'amministrazione de' conforti religiosi, la preparazione dell' apparecchio chirurgico domandò circa un'ora. Sprovvisti in quel momento di filo ricotto conveniente per i nostri serranodi, ci appigliammo all'écraseur di Chassaignac per fare la stringitura emostatica e creare il peduncolo del moncone, e l' urgenza del caso facendoci divieto di protrarre l' aspettazione, non richiedemmo colleghi per assisterci e condividere la responsabilità; ci affidammo pertanto alle sole forze ed all'aiuto del personale sanitario dell'ospizio. — Al dott. Mangiagalli, medico 2.° assistente, diedi l' incarico della cloroformizzazione, e quello di porgere, eventualmente, gli strumenti; ei se ne sdebitò con una pronta e perfetta narcosi; al dott. Cuzzi, 1.° assistente, toccò il compito

non agevole, di tenere applicate le pareti ventrali all' utero, coadiuvarmi nella *toilette* peritoneale, ed infrenare le intestina; alla levatrice maestra, sig. Bertocchi, quello di sorvegliare e dirigere le precauzioni antisettiche, in specie la funzione degli sprays, affidati alla levatrice, 2.ª assistente, ed a qualche alunna interna: tutto il personale trovavasi adunque impegnato, e per non prolungare soverchiamente l'atto operativo, per difetto di assistente, dovetti rinunciare a far la dieresi dell'utero col coltello caustico Paquelin, com'era mio desiderio.

L' operazione veniva fatta nella sala dei parti che in quel momento aveva la temperatura di 14° R. — Ottenuta la narcosi, lavata con etere e poi con acqua fenicata la parete addominale, e prodotta un'estesa nebbia fenicata, fu inciso l'addome sulla linea mediana per l'estensione di 14 cent. partendo cent. 1 $^1/_2$ sopra del pube; scoperto l'utero, feci trazioni ripetute sugli annessi di sinistra per metterlo di sbieco, poi inclinarlo ed estrarlo, ma inutilmente, per quanto le trazioni sian state tanto forti da lacerare la tuba sinistra che diede alquanta emorragia; il tentativo non fu ripetuto, ed incisi l'utero in sito e con tutta rapidità, poco importando la regolarità e direzione della ferita, dopo deciso il sacrifizio dell' organo. — Il taglio cadde sulla placenta, e s'ebbe assai copiosa l'emorragia; compiuta la breccia uterina, feci prontamente l' estrazione di una voluminosa bambina che si trovava realmente colla spalla sinistra sullo stretto superiore e la testa nella fossa iliaca destra.

Vuotato l'utero che si mostra durissimo e assai voluminoso (pesa 1070 grammi), fu portato fuori dall'addome, e mentre il dottor Cuzzi lo manteneva in direzione perpendicolare senza stirarlo, ed io sollevava le ovaje, il dottor Mangiagalli portò sotto i due organi sollevati la catena dell'*écraseur*, che io colle dita tentava di mantenere, *per quanto fosse fattibile*, sul punto di primitiva applicazione. — Stretto con tutta forza il cono cervico-uterino, fu amputato il corpo 2 centim. circa sopra la catena; quindi si procede alla *toilette* del peritoneo che s'ottiene con 25 pezze di garza fenicata e di flanelle immerse

prima in acqua fenicata e calda di 40°, e poi spremute: nel frattempo gl' intestini stanno in sede, e permettono celere e regolare la sutura che si compie con 6 punti metallici profondi (col peritoneo) e 4 superficiali con seta fenicata; il moncone si fissa nell' angolo inferiore della ferita trafiggendolo con un grosso e lungo ago, e facendovi attorno un otto di cifra con robusto cordoncino di seta; non fu collocato il *drain* profilattico, e fu sorvegliata in tutto il tempo l'uro-cisti col mezzo di una siringa metallica tenutavi dentro per tutta la durata della operazione che fu di 32 minuti.

Il puerperio presentò vicende poche, e poco importanti; dal 7.° all' 8.° giorno venne via il moncone lasciando, com' ebbi a dirvi, un infundibolo profondo di cent. 3 $^1/_2$ e largo 2 $^1/_2$; venticinque giorni dopo l'operazione quest'infossamento s'era quasi del tutto colmato, e la puerpera lasciava il letto per alcune ore, ed oggi, 35 dì dopo il parto chirurgico, voi potete constatare non soltanto la guarigione della malattia artificiale, ma notevole miglioramento del suo stato generale, e l'arresto dell'osteomalacia.

L'esame ostetrico istituito or fanno 3 giorni ci rivelava quanto segue:

Statura M. 1.35. — Colonna vertebrale cifotica nella regione dorsale, scoliotica nella regione lombare, curva notevole ad angolo acutissimo in corrispondenza del 3.° pezzo del sacro il cui apice s'avanza grandemente verso il pube; inclinazione pelvica molto diminuita, ali iliache accartocciate.

Altezza dell'osso iliaco sinistro . . .	207	mm.
» » » destro . . .	174	»
Spazio tra le spine il. antero-posteriori	235	»
» » creste	305	»
Conjugata esterna	215	»
» obliquo destro	240	»
» » sinistro	230	»
Spazio tra le tuberosità ischiatiche . .	15	»

Grande sproporzione tra gli arti ed il tronco, come appare dalla fig. 1.ª, ripiegatura in alto dell' apofisi ensiforme, lieve curva simmetrica delle tibie in avanti ed in fuori.

Arrivato a questo punto, e prima che voi scendiate, se vi piace, ad esaminare la donna, dovrei fare la critica del metodo operativo seguito, e difenderlo dagli strali che gli furono diretti contro; me ne astengo perchè gli attacchi e le obbiezioni, quelle almeno che giunsero a mia notizia, furono tratte da un campo che non essendo nè clinico, nè chirurgico, nè scientifico, non è il mio, e vi sarei incompetente. — Si disse che mediante cotesta operazione si troncava di colpo la vita riproduttiva nella donna, che si ledeva lo scopo e la santità del matrimonio, e, per conseguenza, la *morale*, che non potrebbe in modo alcuno darvi sanzione; e così si trasse la conclusione che l'ostetrico facendola, si mette in conflitto col codice penale, dominio del procuratore del Re!....

Signori: comprendo che per il Porro, *primo esecutore dell'atto incriminato*, sia parso necessario difenderlo da cosifatti argomenti, e procurargli il parere favorevole della Chiesa nella persona dell' arcivescovo di Pavia; strano fenomeno invero, sebbene non nuovo, medici che invadono il campo de' criminalisti e teologi, teologi che scendono sul *terreno della medicina!*

Comprendo, ripeto, cotesta necessità, ma la deploro: per essa l'ostetricia italiana fu giudicata all'estero, in Francia specialmente (1), siccome infeudata e serva tuttora della Chiesa che ne regola i passi, ne permette ed infrena gli ardimenti! Ciò non è, o Signori, chè sotto il rapporto della libertà religiosa e scientifica tutti possiamo affermare che l'Italia è pari a qualunque nazione, e superiore di molto a quella che può van-

(1) Alludo alle seguenti parole stampate dal Viault negli *Annales de gynecologie*, dicembre 1877. « L'important mémoire dont nous venonsde donner briè» vement la substance se termine par des considérations sur la convenance » morale de cette operation qui a pour effet de rendre stériles les operées. » Nous ne les reproduirons pas, *ces considérations sentimentales ayant, au» jourd'hui, perdu beaucoup de leur valeur en France* ».

tare la Francia. — Pertanto in luogo di ribattere così ridevoli obbiezioni, porrò termine al mio discorso con un saluto di lode ed un ringraziamento a colui che compiendo per il primo l'atto operativo che la *morale* di taluni che pur si dicono *progressisti* (1) vuol condannato, largiva agli ostetrici la possibilità di salvare un contingente di vite che altrimenti andrebbero perdute, e faceva diritto all'ostetricia italiana di porsi in compagnia e camminare da pari, almeno per l'ardimento, alla ginecologia ed ostetricia straniera (2).

(1) Seguono a questa conferenza 2 figure rappresentanti la donna operata.

(2) Quand'anche, scrive Breiski ne' commenti al suo caso felice, si raggiungesse l'ideale del taglio cesareo, ch'è la salvezza del feto e della madre senza mutilazione di questa, il metodo di Porro sarà sempre da preferirsi ne' casi di vaste atresie vaginali, di fibromi uterini, di carcinoma, e sarà discutibile ne' casi di assoluta ristrettezza pelvica in causa *del vantaggio essenziale di assicurare la sterilità della madre per il suo avvenire istesso* (Arch. für Gynæk. 1879 XIV B. 1, H).

DUE NUOVI FATTI CLINICI
SULL'USO DEL CLORIDRATO DI PILOCARPINA
PER PROVOCARE IL PARTO PREMATURO

OSSERVAZIONI E COMMENTI

DEL

Dott. ALESSANDRO CUZZI

MEDICO 1.° ASSISTENTE NELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

È da tutti ammesso che la pilocarpina rappresenta il principio attivo del jaborandi, o meglio del *pilocarpus pinnatus.* Si sa che combinandosi cogli acidi cloridrico, nitrico e solforico, questa sostanza forma il cloridrato, il nitrato ed il solfato di pilocarpina. Di questi tre sali viene abitualmente usato in medicina il cloridrato, che si amministra per via ipodermica alla dose di 2 centigr. sciolto nell'acqua distillata (soluzione del 2 %). Impiegato a scopi terapeutici diversi, venne dal Masmann introdotto anche nella pratica Ostetrica. In seguito agli studii del Masmann si volle ritenerlo dotato di una virtù ecbolica, che si cercò di mettere a profitto per soddisfare a diverse indicazioni richieste da varie contingenze ostetriche. Se si consultano le numerose pubblicazioni fatte su questo argomento (numerose relativamente al breve periodo di un anno trascorso dopo le osservazioni del Masmann), si vede che fu prescritto per raggiungere quattro scopi principali :

1.° per provocare il parto prematuro nelle ristrettezze pelviche, ecc.;

2.° per eccitare ed avvivare la contrazione uterina nei casi di inerzia e debolezza delle doglie durante il travaglio;

3.° per prevenire od ovviare alle metrorragie dovute ad inerzia *post partum;*

4.° per combattere gli accidenti uremici dell'eclampsia.

Il maggior numero delle osservazioni cliniche, nelle quali venne usata la pilocarpina si riferisce alla provocazione del parto prematuro. Difatti Schauta, assistente alla clinica viennese di Spaeth, ha adoperato, e con successo, il cloridrato per via ipodermica in una primipara di 22 anni con bacino viziato (C. V. 75-80) nel principio del 9.° mese di gravidanza appunto per determinare prematuramente l'espulsione del prodotto del concepimento (1). Kleinwachter parimenti in donna pluripara con bacino ristretto (C. V. 77-80), giunta alla 33.ª settimana di gravidanza, mediante tre injezioni ipodermiche di detta sostanza (6 centigr. di rimedio) riusciva ad ottenere eguale intento (2). Però il feto espulso in istato di macerazione rende ragionevole il dubbio se la interruzione della gravidanza debba attribuirsi interamente all'uso del cloridrato di pilocarpina, oppure se una certa parte, e forse la maggiore, nella determinazione di questo parto prematuro non sia da mettersi a carico della morte del prodotto del concepimento ancora racchiuso nel cavo uterino. Felsenreich, assistente alla clinica di Gustavo Braun, ottenne invece un risultato affatto negativo in donna al principio del 9.° mese, con bacino totalmente ed irregolarmente ristretto, malgrado l'impiego di 14 centigr. di cloridrato di pilocarpina (3).

Un fatto pure negativo, che si riferisce ad una donna osteomalacica in 4.° mese di gravidanza, è stato narrato dal dottor Vitichindo Parisi di Verona (4). Il dott. Bergesio, assistente alla Clinica ostetrica di Torino, al Congresso dell'Associazione

(1) Wiener Mediz. Wochenschrift. N. 19, 1878.
(2) Archiv. f. Gynaek. N. 19, 1878.
(3) Wiener Mediz. Wochenschrift. N. 29, 1878.
(4) Gazz. Med. Ital. delle Prov. Venete. N. 34, 1878.

Medica Italiana riunito in Pisa sul finire di settembre dello scorso anno riferiva due casi, nei quali venne usato in donne gravide viziate il cloridrato di pilocarpina onde provocare il parto. Queste due osservazioni, che a mente dell'Autore si dovrebbero porre fra quelle che dimostrano nella pilocarpina una potenza ecbolica capace di provocare il parto, non mi paiono troppo convincenti, essendosi dovuto ricorrere, per ottenere un vero travaglio con contrazioni franche e regolari per periodo e durata, al metodo di Krause (1). Ed io stesso nella sezione ostetrica del medesimo congresso, appoggiandomi a due fatti clinici, nei quali avevo a mia volta usato del cloridrato di pilocarpina per provocare il parto a causa di pelvica stenosi conchiudevo contro la virtù ecbolica di questo agente terapeutico (2). Altre osservazioni vennero rese di pubblica ragione. Hyerneaux in donna di 70 mill. di coniugata, bipara, nell'8.° mese di gravidanza praticava tre injezioni ipodermiche della solita soluzione al 2 % di cloridrato di pilocarpina senza ottenere la determinazione del parto. Nel Laboratorio di Fisiologia di Heger, inoltre, l'ostetrico Belga in cinque coniglie gravide, solo una volta vide, in seguito all'uso del principio attivo del jaborandi, insorgere le contrazioni uterine (3). Il dottor Welponer di Vienna, assistente alla Clinica di Carlo Braun mi favoriva, or non è molto, due sue pubblicazioni sull'argomento che ci occupa, dalle quali risulta, che il cloridrato di pilocarpina venne somministrato senza alcuna efficacia da prima in una gravida di nove mesi (4), e poscia ebbe parimenti esito negativo in tre altri esperimenti, nei quali si trattava di due donne viziate, cui vennero injettate sotto la pelle, nell'una sei siringhe di Pravaz della solita soluzione al 2 % in sei giorni, e nell'altra ben 30 centigr. dello stesso rimedio in sette giorni; il terzo esperimento riguarderebbe una donna albumi-

(1) Indipendente, Gazzetta medica di Torino. N. 34 e 35, 1878.
(2) Osservatore, Gazz. delle Cliniche. N. 41 e 42, 1878.
(3) Recher. exper. sur l'action de chloryd. de pilocarp. Bruxel. 1878.
(4) Centralblatt, f. Gyn. N. 15, 1878.

nurica con edema piuttosto ragguardevole, alla quale venne dato, sempre per via ipodermica, 11 centigr. di cloridrato (1).

Il cloridrato di pilocarpina per injezioni ipodermiche venne pure adoperato per combattere la debolezza delle doglie e l'inerzia uterina durante il travaglio. Schauta sta attualmente pubblicando una serie di quindici osservazioni su tale proposito. Egli dice che i suoi studii antecedenti avevano dimostrato essere la pilocarpina in grado di esercitare una influenza non dubbia sull'attività contrattile dell'utero, e dopo di aver provocato con questo mezzo il parto prematuro, era naturale il pensiero di rialzare e risvegliare con esso la deficente o mancante energia uterina durante il travaglio. Dei quindici casi che formano il materiale di osservazione del suo scritto in corso di pubblicazione ne furono finora stampati dieci soltanto, dei quali molti evidentemente favorevoli all'azione ecbolica dell'*alcaloide* del jaborandi, essendosi visto dopo la sua amministrazione un aumento nel numero, durata ed intensità delle contrazioni nell'unità di tempo presa per confronto (2).

Il Felsenreich ha fatto uso del cloridrato di pilocarpina per combattere le metrorragie *post partum* dovute ad inerzia uterina, ma con risultato poco soddisfacente (3).

Ho detto che una delle quattro indicazioni, alle quali cercarono di soddisfare gli ostetrici colle injezioni ipodermiche di cloridrato di pilocarpina furono gli accidenti uremici dell'albuminuria e dell'eclampsia. Masmann l'aveva impiegata per combattere la notevole infiltrazione edematosa dovuta probabilmente ad albuminuria in due gravide (4). Il Prochownik riporta due casi di eclampsia felicemente curati colle injezioni ipodermiche di cloridrato di pilocarpina (5). Fatto singolare: nella seconda osservazione eravi, dopo l'espulsione del feto,

(1) Wiener Mediz. Wochenschrift. N. 44, 1878.
(2) Wiener Mediz. Wochenschrift. N. 47 e 48, 1878.
(3) Wiener Mediz. Wochens. N. 21 1878.
(4) Arch. f. Gyn. N. 9, 1878.
(5) Centralblat f. Gyn. N. 12, 1878.

utero contratto in modo tale da impedire qualsiasi manovra diretta ad ottenere il secondamento; in seguito all'amministrazione di 2 centigr. di pilocarpina lo spasmo uterino cessa e si rende possibile l'estrazione della placenta ed una irrigazione nel cavo dell'utero. Anche Bidder tentò la cura dell'eclampsia puerperale colla pilocarpina; però i due fatti clinici, dei quali fa la storia, non sono molto dimostrativi essendosi anche ricorso a clisteri di cloralio (1).

Sul terreno dell'uso della pilocarpina per combattere l'eclampsia non mi pare fuori di proposito l'accennare ad una osservazione clinica di Duiardin-Beaumetz, la quale, quantunque raccolta fuori del campò puerperale, può forse utilmente modificare alquanto la confidenza o l'entusiasmo che qualche medico per avventura si fosse formato sull'utilità di questo rimedio in siffatte cliniche contingenze. Il fatto del Duiardin-Beaumetz porta il titolo: *albuminuria — disturbo nella sfera del cuore— uremia — morte — autopsia: degenerazione dei reni (grosso rene bianco) — endocardite vegetante delle valvole sigmoidee dell'arteria polmonare.* Si riferisce desso ad un uomo di 21 anni, di gracile costituzione, che venne accolto nell'Ospedale Sant'Antonio il 15 maggio 1877. L'affezione che lo conduceva all'Ospedale datava da tre mesi ed aveva avuto per causa occasionale una pioggia torrenziale, che lo avea soprapreso mentre di sera, dopo abuso di alcoolici, ritornava a casa. Al momento dell'entrata si trova: debolezza notevole, inappetenza, talora vomiti, punta del cuore nel 5.° spazio intercostale sinistro sulla linea mammillare con doppio soffio più forte alla base non trasmesso ai vasi del collo e fremito vibratorio, polso frequente, apparato respiratorio normale, fegato che deborda alquanto, urine scarse, rosse, albuminuriche. Si comincia col prescrivere vino ed estratto di china per rialzare alquanto lo stato generale. Il giorno dopo vomiti, diarrea, urine con sangue ed albumina. Nei cinque giorni successivi la quantità delle urine nelle

(1) Centralblatt f. Gyn. N. 15, 1878.

24 ore discende a 350-200 cent. cub. rimanendone inalterata la qualità. Al decimo giorno dell'entrata avvi anuria completa da 24 ore, un punto di risipola facciale, edema alle mani, polso piccolo, respiro con odore ammoniacale, non febbre. Si pratica un'injezione ipodermica di cloridrato di pilocarpina di 2 centigr.: subito dopo delirio, non traspirazione, e morte nello spazio di un' ora. L'autopsia rivela il reperto anatomo-patologico sovra accennato (1).

Questa osservazione clinica, interessante a più riguardi, e che io ho cercato di riassumere nei suoi punti più essenziali, ci viene a dire che in certi casi la pilocarpina può produrre effetti disastrosi. Usata dal Duiardin-Beaumetz per cercare di eliminare l'urea per mezzo del sudore, riuscì fatale a causa dello stato anatomico dei reni colpiti da nefrite parenchimatosa. Questo accidente trova la sua spiegazione nelle modificazioni che subisce l'eliminazione dei rimedii nelle malattie renali. Segnalato questo fatto da Han (2), Rayer (3) e Todd (4), che hanno riferito casi di impermeabilità renale per i liquidi odorosi (terebentina, asparago, ecc.), venne studiato specialmente dal Beauvais (5), il quale dalle sue osservazioni dedusse essere il difetto di eliminazione delle sostanze medicamentose attraverso il rene non solo segno patognomonico della malattia di Brigth, ma potersi anche conoscere il grado e la natura della lesione renale. Cl. Bernard dopo di aver curarizzato gli animali li vedeva soccombere, malgrado la respirazione artificiale, se dopo veniva eseguita la doppia nefrotomia. L'intolleranza dell' oppio nelle malattie del rene è un fatto da lungo tempo conosciuto. Bouchard richiamando l'attenzione su fatti

(1) Duiardin-Beaumetz Leçons de Clinique terapeutique professées a l'Hopital Saint-Antoine; fasc. 1.° Paris 1878.

(2) Han-Hist. pod. eminentiss., p. 13.

(3) Rayer, Traité des maladies des reins.

(4) Todd, Clinical lecture on certain diseases of urinary organs. — London 1857.

(5) Comptes-rendusde l'acad. de med. 1858 — Du defaut délimination des substances par les urines dans la maladie de Brigth.

di simil genere, col pubblicare nel 1873 due osservazioni di avvelenamento mercuriale in nefriti interstiziali, crede legittima la deduzione che le malattie renali rendano tossici i rimedii energici anche dati a piccole dosi. Uno studio sull'eliminazione di certe sostanze medicamentose (chinino, bromuro di potassio, mercurio, acido salicilico) venne fatto nell'anno 1877 dal Chauvet (1), e nella sua tesi per il dottorato conchiude: farsi l'eliminazione dei medicamenti più lentamente a rene ammalato che a rene sano, e più la lesione renale è grave e più lenta è l'eliminazione. Donde in modo generale, prima di somministrare ad un ammalato un medicamento energico, è prudente cercare con accuratezza in qual modo si compia la secrezione urinaria. Se ora si pensa al fatto che l'eclampsia non deve essere considerata che come una forma di uremia, la convulsiva, e che è sempre legata ad alterazioni nella secrezione dell'urina, si comprende come debba procedersi con prudenza nell'intraprenderne la cura col cloridrato di pilocarpina. Ed appunto non ho creduto privo di interesse l'insistere alquanto su questo punto per ricordare i pericoli ed i gravi inconvenienti che potrebbero insorgere, usando senza precauzione il principio attivo del jaborandi nella terapia dell'eclampsia.

Ma scopo del presente scritto si è quello di portare un contributo allo studio Ostetrico del cloridrato di pilocarpina usato soltanto quale agente provocatore del parto prematuro. Riferisco quindi senz'altri commenti le due osservazioni cliniche in proposito, che vennero raccolte nel Comparto Ostetrico dell'Ospizio di Santa Caterina in Milano.

N.° 252 del 1878. — Donna di 30 anni, di professione cucitrice, di mediocre costituzione, di bassa statura, viene accolta in Clinica il 21 ottobre 1878. Ci narra di aver sofferto il rachitismo, di non aver cominciato a camminare che a 4 anni, e di aver avuto la prima ricorrenza menstrua a 12 anni, della du-

(1) Chauvet, Du danger des medicaments actifs dan les eas des lesions renales, Paris 1877.

rata abituale di otto giorni, senza dolori e disturbi notevoli. Ebbe di già tre gravidanze, delle quali la prima giunta a termine richiedeva un'applicazione di forcipe, col quale si estraeva un bambino vivo con testa poco sviluppata; la seconda e la terza vennero interrotte dall'arte nella prima quindicina dell'ottavo mese col metodo di Krause e si terminavano coll'espulsione spontanea di due feti vivi. L'esame, al quale venne sottoposta la donna appena entrata in Clinica, rileva: funzioni dei centri nervosi, degli organi del circolo, del respiro e della digestione normali; dal lato scheletrico: regolare la conformazione del cranio e delle estremità superiori, colonna vertebrale a curve normali, cassa toracica ben conformata, non insellatura lombare, sacro a curva pure normale, ingrossate le epifisi delle ossa lunghe delle estremità inferiori, femore destro alquanto incurvato e contorto sul suo asse, tibie incurvate, bacino colle seguenti dimensioni: Sp. 240 — Cr. 225 — Ob. d. 230 — Ob. s. 230 — C. E. 175 — CD. 88 — CV. 76. — Circonferenza pelvica 760. L'utero ha forma ovale allungata verticale, in leggera obliquità laterale destra, col fondo nella zona superiore sopraombellicale e col collo pressochè interamente rammollato, permeabile al dito, e che conserva intera la sua lunghezza. Attraverso al segmento inferiore si sente il vertice mobile sullo stretto superiore; il battito cardiaco è distinto a sinistra a livello del bellico. L'ultima mestruazione ai 9 marzo; incerta la data dei primi moti attivi del feto. Si giudica la gravidanza giunta ormai al principio del 9.° mese e viene decisa la provocazione del parto senza dilazione di tempo. Sfiduciati nell'uso esclusivo del cloridrato di pilocarpina per i due risultati negativi antecedentemente ottenuti, si pensa di aiutare la sua supposta azione ecbolica colle doccie ascendenti del Kivisch.

23 ottobre. — Bagno generale tiepido ed una doccia utero-vaginale col grande irrigatore Eguisier previa l'applicazione dello speculum.

24 id. — Due doccie — qualche contrazione, condizioni del collo uterino immutate.

25 id. — Altre due doccie — qualche contrazione di brevissima durata.

26 id. — Alle 8. 30 ant. *prima injezione ipodermica di* 2 *centigr., di cloridrato di pilocarpina:* senso di calore alle guancie, suffusione alla faccia, testa libera, scialorrea, aumento nella secrezione lagrimale, leggera dilatazione della pupilla, traspirazione cutanea, che iniziatasi alla faccia si estende ben tosto al resto del tronco ed agli arti, qualche conato di vomito, senso di addolentamento intestinale ed alla regione uterina, senza che la palpazione rilevi indurito e contratto il corpo del viscere, il polso da 84 sale a 96, il respiro da 22 va a 28, la temperatura rimane pressochè immutata, il battito cardiaco fetale da 140 ascende a 146. Dopo un'ora e mezzo circa i fenomeni fisiologici della pilocarpina sono pressochè interamente scomparsi, testa sempre libera, pallore della fisionomia, senso di freddo, salivazione notevolmente diminuita, scomparso l'addolentimento addominale, la donna prova il bisogno di urinare; col catetere si estraggono solo poche goccie di urina.

27 id. — Notte buona, non disturbata da dolori uterini, collo dell'utero non modificato, condizioni generali della donna buone, una doccia. — Alle 4 pom. dello stesso giorno *seconda injezione di* 2 *centigrammi di pilocarpina*: i soliti effetti fisiologici, nessun conato di vomito, senso di addolentamento addominale che non pare di dipendenza dell'utero. Vennero presi varii tracciati sfigmografici della radiale prima e dopo l'injezione che permettono di rilevare un abbassamento della pressione endoaortica.

28 id. — Notte discreta disturbata da qualche dolore nel basso ventre, che la donna riferisce all'utero; interrogata risponde però negativamente intorno al senso di indurimento e di tensione endo-addominale. Il collo uterino è poco modificato, è più permeabile, ma non raccorciato; la testa si è fissata alquanto sullo stretto superiore, dimodochè il dito esploratore che passa con facilità attraverso l'orificio interno, la sente in modo più distinto e meno mobile. Una doccia utero-vaginale. — Alle 4 pom. una *terza injezione ipodermica di* 2 *centigr.*: compaiono ben

tosto i fenomeni fisiologici che scompaiono quasi completamente in un'ora e mezzo circa, vomito di mucosità giallognole, nessuna contrazione. — Alle 9 pom. dello stesso giorno visto lo stato di completo riposo in cui si manteneva l'utero, introduzione di una sonda elastica; alle 6 pom. del giorno dopo espulsione spontanea di feto vivo, ben conformato, del peso di gr. 2060, lungo 44 centim. con Bp. 80 — Bm. 60 — Of. 95. — Puerperio morboso per leggera febbre traumatica. Abbandona l'Ospizio in buona salute l'11 novembre.

N.° 285 del 1878. — Il 2 dicembre del 1878 viene ricoverata nel Comparto Ostetrico dell'Ospizio di Santa Caterina una donna di 30 anni, di mediocre costituzione, gravida per la prima volta. Non ricorda l'epoca in cui cominciò a camminare, solo sa che fu sempre claudicante. Soffrì di tanto in tanto di febbri intermittenti. Da otto anni è molestata da accessi epilettici violenti (grande attacco), che prima della gravidanza si mostravano coll'intervallo di otto a dieci giorni l'uno dall'altro. Durante la gestazione gli attacchi sono comparsi man mano più di rado, e da un mese circa non ne ha più sofferto alcuno. L'ultimo beneficio lunare apparve alla fine di maggio, ma oltremodo scarso; la gestazione, a giudicare dai caratteri anatomici, sembra alla fine dell'8.° mese. L'esame praticato il 4 dicembre rivela inoltre: denutrizione ed anemia notevole, cute di colore giallo terreo; nulla di notevole nei *centri nervosi e dipendenze,* eccettuato un po' di stordimento dopo gli accessi epilettici; *cuore* con suoni valvolari distinti, soffio anemico all'apice, alquanto diffuso; *polmoni* con fonesi normale, respiro vescicolare distinto, nessun rantolo; *apparato digerente;* lingua detersa con una linea biancastra per tessuto cicatriziale diretta in senso trasversale sul mezzo della porzione orizzontale, dovuta a morsicatura avvenuta durante uno dei primi accessi epilettici, funzioni digestive buone, alvo libero, fegato nei confini, milza alquanto aumentata di volume all'esame plessimetrico, urinazione facile, urine in quantità normale, poco colorate, acide, trasparenti, densità 1016, senz'albumina. Dal lato dello scheletro ab-

biamo di interessante una lussazione iliaca esterna del femore sinistro che data per lo meno dalla prima infanzia, giacchè la donna non ricorda quando incominciò a zoppicare, e che rende a sua volta sotto il punto di vista ostetrico il bacino degno di attenzione. L'arto inferiore sinistro è atrofico, più corto di quello del lato destro di 2 cent.; la donna nella stazione eretta si appoggia di preferenza su questo. — Ma la sinfisi pubica non è punto deviata a sinistra, l'osso iliaco destro però pare portato più in alto ed indietro. — Inoltre l'osso iliaco destro è più sviluppato, donde la metà laterale destra del bacino è più grande della sinistra. — Non sarebbe quindi un bacino viziato col solito meccanismo che si verifica nelle lussazioni unilaterali coxofemorali. — Comunque siasi desso non presentava alcuna indicazione ostetrica, permettendo i suoi diametri il passaggio ad una testa di feto più che maturo. Non essendovi alcuna indicazione di urgenza da prendere riguardo alla nostra donna, si prescrive un vitto tonico e riparatore e viene collocata in una camera con parete e vetri dipinti in bleu per cercare di influire in senso benefico sull'andamento dell'epilessia. Si sa difatti come in questi ultimi tempi la cura fotocromatica delle affezioni nervose colla luce colorata in rosso od in azzurro ha dato qualche vantaggio. Pritchard Davies (1) potè ottenere un'evidente azione calmante ponendo quattro maniaci irrequieti in una camera azzurra. Il dott. C. L. Ponza, direttore del Manicomio di Alessandria (2) aveva di già praticato qualche tempo prima una serie di esperienze nel medesimo senso, usando anche del colore rosso.

Il 14 dicembre si manifesta una febbre con intenso brivido di freddo, tosse con scarsa espettorazione, lievo affanno di respiro, rantoli a grosse e medie bolle; acqua imperiale stibiata lungo il giorno, codeina alla sera. — Il catarro bronchiale che si era manifestato con ingruenza febbrile persiste poco modificato nei giorni susseguenti; ed intanto l'anemia si fa pronun-

(1) Journal of ment. sc. 1877, pag. 344 e 427.
(2) Gazz. des Hopit. febb. 1875.

ciatissima, si manifesta edema ai malleoli, che a poco a poco si estende al tronco, alla faccia, alle mani, senza poter scoprire la minima traccia di albumina nelle urine ripetutamente esaminate. Quantunque la febbre diminuisse alquanto di intensità nei giorni successivi, le condizioni generali si fanno sempre più gravi, ed anzi assumono un aspetto alquanto minaccioso per l'insorgenza di un accesso di dispnea notturno, che ci mette sull'avvisato della possibilità di edema polmonare, quantunque l'esame statico dell'organo del respiro non sia gran che mutato. Tenuto conto delle buone condizioni della funzione renale, dell'aumento degli edemi, e dello stato generale piuttosto inquietante, si decide di ricorrere alle injezioni ipodermiche di cloridrato di pilocarpina per cercare di diminuire od impedire gli stravasi sierosi. Se verrà in scena il parto, poco male.

Il 18 dicembre, prima injezione di cloridrato di pilocarpina alla dose di 2 centigr.; compaiono i fenomeni fisiologici, salivazione abbondante, scarsa traspirazione, qualche dolore intestinale, nessuna contrazione uterina.

19 id. — Notte discreta, nessun dolore, edemi immutati. — Seconda injezione di pilocarpina di 2 centigr.: salivazione abbondante (gr. 330 di saliva), solo leggier madore della pelle, scomparsa di ogni fenomeno fisiologico dopo due ore, nessuna contrazione.

20 id. — Notte discreta, fisionomia abbattuta, anemia che si fa sempre più imponente, condizioni del collo uterino immutate; terza injezione ipodermica: salivazione sempre abbondante, sudore scarso, non vomiti, un dolore addominale con ventre duro, teso alla palpazione e di breve durata. — Dopo due ore si pratica una quarta injezione ipodermica di 2 centigrammi: salivazione abbondante, traspirazione scarsa, lagrimazione, ecc., nessuna contrazione.

21 id. — Non ebbe alcun dolore, condizioni generali immutate, collo alquanto più permeabile al dito da riferirsi più che all'azione ecbolica della pilocarpina, forse alle ripetute esplorazioni.

22 id. — L'anemia pare farsi sempre più grave, e ci fa pensare alla così detta *anemia perniciosa progressiva*, aumento degli edemi, ortopnea che insorge ad un tratto: introduzione di una siringa nel cavo uterino, ed injezione ipodermica di pilocarpina di 2 centigr., senza che si sia potuto notare un'influenza manifesta sull'andamento del travaglio. Ad un tratto, dopo due ore e mezzo circa dal principio dell'accesso dispnoico, attacco epilettico violento, che si dissipa lasciando la donna molto abbattuta. Contrazioni nella notte, scomparsa l'ortopnea, nulla di notevole durante il resto del travaglio, che si termina alle 11 e mezzo ant. del 23 coll' espulsione di un feto asfittico, rianimato dopo qualche manovra, del peso di gr. 1900, e lungo 42 cent. — Puerperio disturbato dal catarro bronchiale che a poco a poco va migliorando. Gli edemi scompaiono, l'anemia si modifica in bene e la donna in undicesima giornata di puerperio comincia ad alzarsi.

Prima di abbandonare la storia clinica di questa ammalata, desidero dire due parole su di un fatto abbastanza singolare. Sappiamo che gli attacchi epilettici sono preannunziati qualche volta da prodromi di forma e durata variabili. Voisin (1) dice che l'*aura* può cominciare dagli organi del respiro; gli epilettici manifestano nettamente uno spasmo della laringe, ed in questi casi si mostrano fenomeni di soffocazione, di oppressione brusca del respiro e via dicendo. Talora violente palpitazioni di cuore, un dolore vivo precordiale che sale alla gola ed alla testa, sono i fenomeni precursori dell'accesso. La brusca insorgenza dei fenomeni ortopnoici nella nostra donna sono da considerarsi quale *aura epilettica* dell'attacco verificatosi qualche ora dopo? Non è qui il luogo opportuno per rispondere a questa questione, che risolta in senso positivo, avrebbe fornito un' indicazione fallace per la provocazione del parto prematuro, aggravando temporariamente le condizioni della ricoverata, e

(1) Voisin. Art. Epilepsie del Dict. de Med. et Chir. prat. di Jaccoud. Vol. 13°, pag. 584.

simulando fenomeni proprii dell'edema polmonare. Tuttavia non credo privo di interesse l'accennare a questo fatto anche lasciandolo per ora senza una risposta netta ed affermativa, malgrado le nostre simpatie nell'abbracciare codesta versione nell'interpretazione dei sintomi osservati.

Ma ritorno alla pilocarpina, obbiettivo di questa comunicazione. Le due storie cliniche da me riferite, non riguardano che un sol lato della sua azione ostetrica, quello cioè che si riferisce alla determinazione del parto prematuro. La rivista bibliografica da me fatta rileva come in un sol caso il suo modo di agire in questo senso sia stato evidente. È questo il fatto narrato dallo Schauta, perchè lasciano ragionevolmente adito al dubbio le osservazioni del Masmann, del Kleinwacter e del Bergesio. Affatto negativi sono i casi riferiti dal Parisi, dal Felsenreich, da Welponer, da Hyerneaux e da me prima d'ora (1). Ben poco convinti dell'azione ecbolica del cloridrato di pilocarpina abbiamo voluto in una delle due storie cliniche ora riferite congiungere al principio attivo del jaborandi le doccie ascendenti del Kivisch, e con quale risultato lo ha potuto vedere il lettore, per cui resta sempre più affermato il concetto che ci eravamo di già formati, che cioè la pilocarpina da sola è incapace di provocare il parto prematuro. Non vogliamo però negare che certe volte possa destare la contrazione uterina, e facendo nostra la conclusione dell'Hyerneaux per ora finiremo col dire: che questo medicamento non ha azione speciale costante sull'utero, e che le contrazioni, che talora si vedono insorgere, ponno essere dovute alla profonda perturbazione, nella quale si trova l'intiero organismo dopo la sua amministrazione.

(1) In questi ultimi giorni seppi di tre altre osservazioni fatte colla pilocarpina, due nella clinica ostetrica della R. Università di Torino, ed una in quella di Pavia. Daremo di esse la narrazione nel prossimo numero di Febbraio.

Dalla Scuola Clinico-Ostetrica di Milano, 4 *Gennaio* 1879.

LE ECCHIMOSI SOTTOPLEURALI E SOTTOPERICARDICHE

DEL FETO E DEL NEONATO

SOTTO IL PUNTO DI VISTA OSTETRICO E MEDICO-LEGALE

STUDIO

DEL

Dott. ALESSANDRO CUZZI

MEDICO 1.° ASSISTENTE NELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

Si è d'accordo nell'ammettere che l'importanza medico-legale delle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche sia in buona parte dovuta agli indizi che le medesime ponno fornire nei crimini di infanticidio. Considerate sotto questo punto di vista particolare, esse toccano da vicino l'ostetricia. Difatti molto del materiale necessario per approfondirne lo studio è di indole ostetrica. Chi vive nelle maternità si trova specialmente nelle condizioni favorevoli per raccogliere buona parte delle osservazioni cliniche utili a questo scopo. Un lavoro di tale natura rientra quindi in quella categoria della medicina forense, che io in altro mio scritto ho designato col nome di Ostetricia legale (1).

Numerose pubblicazioni furono fatte in questi ultimi tempi intorno al valore medico-legale delle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche nei casi di morte violenta. Accademie scientifiche hanno messo questo tema all'ordine del giorno facendolo oggetto di importanti discussioni. Si può quindi considerare

(1) Cuzzi, Ostetricia Legale; contribuzione alla dottrina dell' infanticidio. — Gazzetta della Clinica, 1877, n. 23.

come argomento di attualità malgrado tutto quello che altre volte si è intorno ad esso detto e scritto.

Il Pinard, ostetrico francese, sul finire del 1877 rendeva di pubblica ragione una sua Memoria collo scopo di fornire ai medici legisti materiali per la storia delle macchie ecchimotiche sottopleurali e sottopericardiche. Tale lavoro è di indole essenzialmente ostetrica. Venne tuttavia dai cultori della Medicina Legale accolto con favore forse per il bisogno di osservazioni precise e dettagliate su tale argomento. In vista di ciò credo non del tutto inopportuno anche il presente scritto, nel quale si trova raccolta una discreta serie di fatti, che ponno utilmente concorrere ad assegnare il loro giusto valore alle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche constatate nell'autopsia dei neonati. Per conseguire questo intento io ho però dovuto fare larga parte all'asfissia intrauterina che ha soventi con queste lesioni uno strettissimo rapporto di causalità.

L'ordine che ho seguito nella compilazione del presente lavoro, che fino ad un certo punto potrebbe anche essere considerato come una *contribuzione alla dottrina dell'infanticidio*, è il seguente: dopo di aver esposto il materiale clinico, e messo in evidenza i punti dell'anatomia patologica del medesimo più importanti e comuni ad una gran parte delle nostre osservazioni, ho studiato l'asfissia intrauterina prima in modo teorico, e poscia in rapporto coi risultati necroscopici delle singole autopsie, per terminare da ultimo con alcune considerazioni sul significato delle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche dal punto di vista medico-legale dell'infanticidio.

I.

Il materiale clinico che serve di base a questa pubblicazione venne per la massima parte da me raccolto nel Comparto Ostetrico dell'Ospizio provinciale degli Esposti e Partorienti di Milano, al quale è annessa la R. Scuola pareggiata di Ostetricia. Tanto i particolari delle storie cliniche quanto quelli

delle autopsie furono registrati colla massima diligenza man mano se ne presentava l'occasione. Per essere nella loro esposizione chiaro ed ordinato ho diviso tutte le osservazioni in tre gruppi.

A. Feti morti in sopraparto e presentanti all'autopsia ecchimosi sottopleuriche, sottopericardiche, timiche.

B. Neonati morti da pochi minuti a poche ore dopo il parto e presentanti parimenti ecchimosi sottopleuriche, pericardiche, ecc.

C. Feti o neonati morti durante o dopo il parto e non presentati all'autopsia le ecchimosi sottopleuriche, sottopericardiche, ecc.

A. *Osservazioni cliniche riguardanti feti morti in sopraparto ed offrenti all'autopsia ecchimosi sottopleuriche, sottopericardiche, ecc.*

Osservazione 1.ª — N. 106 del 1877. — Donna di 25 anni, di robusta costituzione, di professione filatrice, pluripara, con bacino piatto rachitico (Sp. 271 — Cr. 255 — C. E. 181 — C. D. 88 — C. V. 77) entra in clinica il 28 aprile. — Parto prematuro provocato per la stenosi pelvica sul finire dell'8.º mese.

Il 23 maggio, 10 ant., introduzione di una siringa nel cavo uterino — alle 4 pom. non essendosi destata alcuna contrazione e la siringa essendo interamente scomparsa nell'utero si applica un tubo Tarnier. — Primi dolori nella notte. — Al mattino del 24 collo scomparso, bocca uterina dilatata di 2 centimetri, membrane integre, si sente il podice, condizioni generali della donna buone. — Alle 9 pom. stesso giorno, dilatazione di 3 cent.; tubo Tarnier in vagina, assieme ad una lunga ansa del funicolo alquanto irregolarmente pulsante. — Riduzione del funicolo col metodo Hubert, dilatatore idrostatico Barnes per accelerare la dilatazione della bocca uterina e mantenere il funicolo ridotto. — Dopo la riduzione si ascolta il battito fetale che si trova ancora irregolare. — Nella notte dal 24 al 25 il battito si estingue. — Al 25 mattina condi-

zioni generali della donna discrete, il sacchetto di Barnes è stato espulso dai genitali, e verso le 9. 30 ant. incomincia il 2.° periodo, che si termina colla espulsione di un feto morto in stato di incipiente macerazione. Si aiuta la cacciata della testa perchè alquanto difficile. — L'esame diligente del funicolo lascia constatare una specie di solcatura in corrispondenza del punto che era stato abbracciato dal nastrino di tela attaccato agli occhielli della siringa usata per la riduzione.

Puerperio normale.

Autopsia eseguita 17 ore dopo la nascita. Prima di sparare il cadavere, a scopo di altri studi viene praticata l'insufflazione da bocca a bocca. — Il feto pesa gr. 1820 — lunghezza cent. 47 — Bp. 78 — Of. 97 — Bm. 60. — Nessun stravaso nella cavità craniana, cervello rammollato, spappolabile — cuore normale, qualche coagulo nelle sue cavità, endocardio colorato per imbibizione — polmoni leggermente distesi in corrispondenza dei bordi dall'aria insufflata e congesti; ecchimosi sotto la pleura viscerale numerose, massime in corrispondenza della superficie convessa che sta in rapporto col grande angolo delle coste — tubo digerente e visceri addominali nulla di notevole — aria nella cavità timpanica e turacciolo gelatinoso verso la periferia.

Osservazione 2.ª — N. 118 del 1877. — Donna di 26 anni, contadina, robusta primipara, con bacino normale è accolta in clinica il 12 maggio. — Parto precoce, spontaneo, il 30 stesso mese — rottura prematura accidentale delle membrane, condizioni generali della donna buone. — Il battito cardiaco fetale si fa irregolare, frequente e quindi lento, 10 minuti dopo la rottura del sacco — 1.° primo periodo 4 ore — 2.° 1. 40′. — Il feto è espulso morto in presentazione di vertice in S. A.

Puerperio morboso per endometrite e setticemia leggera, guarigione.

Autopsia, 19 ore dopo la nascita — Peso grammi 2530 — lung. cent. 50 — Bp. 85 — Of. 105 — Bm. 75 — stravaso sanguigno fra il periostio e l'osso in corrispondenza dei parie-

tali là dove appunto esiste il tumore di parto; il sangue è fluido, nerastro, in poca quantità — cervello alquanto iperemizzato, discretamente consistente, nessun punto apoplettico — polmoni di colore nerastro, ricchi di sangue, non aerati; una piccola ecchimosi sottopleurale in corrispondenza della superficie esterna del polmone sinistro; altra piccola ecchimosi alla base del polmone destro. — Cuore normale, sangue nerastro nelle sue cavità, in parte fluido ed in parte coagulato, ecchimosi sottopericardiche scarse in numero — fegato molto ricco di sangue — milza di colore nerastro, non aumentata di volume, di consistenza normale — reni e vescica pure normali — punto di ossificazione all'estremità inferiore dei femori.

Osservazione 3.ª — N. 130 del 1877. — Donna di 33 anni, filatrice, di mediocre costituzione, rachitica, con bacino viziato a forma appiattita e raccorciato in tutti i diametri antero-posteriori (C. V. di poco superiore agli 80 mill.), ripara nel Comparto Ostetrico di S. Caterina il 30 maggio in travaglio di parto. — Esaminata si trova: bocca uterina dilatata di 5 cent., membrane rotte, scolo di liquido amniotico tinto di meconio, funicolo procidente, ancora pulsante, ma irregolarmente e con sole 60 battute al minuto, presentazione vertice — Riduzione del funicolo colla siringa; in questo frattempo moti attivi energici e convulsivi. — Il battito cardiaco si estingue poco dopo la riduzione — la donna dice che dopo i moti tumultuosi or ora accennati non ne ha più sentito alcuno — Craniotomia trapano Braun — bagno tiepido generale. — Scorse 4 ore la dilatazione è alquanto più progredita, temp. ascellare 38°,8; vaginale 40° — Cranioclaste Braun che in pochi minuti libera la donna.

Puerperio morboso per leggera endometrite e lenta involuzione uterina — guarigione.

Autopsia. — Peso gr. 2520 senza cervello, lunghezza cent. 49 — Lo strumento cadde sull'apofisi mastoide del lato destro — frattura dell'occipitale al punto di unione della porzione squammosa col resto dell'osso — non turacciolo gelatinoso nella

cavità timpanica. — Cuore a tessitura normale con sangue coagulato in parte nelle sue cavità, e di colore nerastro; endocardio colorato in rosso-scuro per imbibizione; ecchimosi sottopericardiche. — Polmoni non distesi da aria, poco ricchi di sangue e con qualche ecchimosi sottopleurale; nessuna mucosità nei grossi bronchi — fegato, milza, reni normali — non punto di ossificazione all'epifisi inferiore del femore.

Osservazione 4.ª — N. 195 del 1877. — Addì 8 agosto viene accolta in Clinica una donna di 29 anni, di gracile costituzione, con bacino normale ed affetta da sifilide secondaria (placche mucose al pudendo, adenopatia, ecc.). — Il parto avviene il 10 ottobre — 1.° periodo 4,45′; 2.° 0,35′, — feto in presentazione di vertice; battito cardiaco fetale durante il sopraparto lento, poco distinto, alquanto irregolare, e che a poco a poco si estingue. — Al momento della rottura delle membrane scolo di liquido amniotico tinto di meconio. — Si constata dopo l'espulsione della testa la presenza di due giri di cordone attorno al collo. — Il feto nasce morto.

Puerperio morboso per parametrite destra, guarigione.

Autopsia, 29 ore dalla nascita. — Peso gr. 2250 — lunghezza cent. 50 — Bp. 90 — Of. 110 — Bm. 80. — Per altri scopi si pratica l'insufflazione da bocca a bocca — faccia e labbra livide — centri nervosi iperemici, polpa cerebrale abbastanza consistente, nessun stravaso — nella retrobocca, esofago, ventricolo, laringe, trachea, bronchi, liquido amniotico tinto di meconio finamente sospeso. — Polmoni di color roseo, crepitanti in molti punti, con numerose ecchimosi sottopleurali, delle quali alcune raggiungono il diametro di un centim. — Cuore normale con sangue nelle sue cavità in parte coagulato, ma per la massima parte fluido, e con ecchimosi sottopericardiche — Nel ventricolo avvi raccolta d'aria — fegato, milza, reni, nulla di notevole. — Cavità timpanica contenente liquido amniotico tinto di meconio, come viene rilevato dall'esame microscopico — la porzione di funicolo ombellicale aderente al bellico di colore alquanto verdastro.

Osservazione 5.ª — N. 230 del 1877. — Donna di 33 anni, di professione servente, pluripara con bacino piatto rachitico (C. D. 83), entra in S. Caterina il 10 settembre. — Parto provocato col metodo di Krause al principio del 9.º mese, il 14 settembre. — Trenta ore dopo l'introduzione della siringa, dilatazione della bocca uterina di 7 cent.; membrane tese, resistenti, presentazione vertice mobile sullo stretto superiore, contrazioni incalzanti — la donna ebbe un brivido qualche ora prima, temperatura 38°,6 — puntura artificiale delle membrane — col fiotto del liquido amniotico si fa procidente un' ansa di funicolo regolarmente pulsante, ed il gomito destro.— Colla mano si riduce gomito e funicolo, ma questo si fa di nuovo procidente. — Nuovo tentativo di riduzione colla sonda, ma senza risultato. — In questo frattempo il battito cardiaco si fa irregolare. — Versione per pericolo della vita del feto.— Introduzione della mano alquanto laboriosa, evoluzione fetale difficile. — Durante l'estrazione le braccia si sollevano ai lati del capo; frattura dell'omero sinistro nel disimpegnare l'arto corrispondente. — Estrazione del capo difficile; trazione sulle spalle e mandibola inferiore, durante le quali si sente uno scroscio. — Il feto nasce morto.

Puerperio morboso per peritonite dovuta a rottura del bordo sinistro dell'utero avvenuta durante lo spostamento della testa nell'eseguire l'evoluzione. — Morte in 4.ª giornata di puerperio.

Autopsia del feto 23 ore dopo la nascita. — Peso gr. 2110 — lunghezza cent. 48. — Bp. 80 — Of. 98 — Bm. 65. — Rigidità cadaverica scomparsa al tronco, persistente agli arti — lesioni ossee molteplici (frattura a becco di flauto dell'omero sinistro, disgiungimento della colonna vertebrale fra la 5.ª e 6.ª cervicale, frattura lineare della squamma sinistra dell'occipitale); integri gli involucri cerebrali — nessun focolaio apoplettico nella polpa cerebrale — midollo spinale lacerato in totalità — polmoni nerastri, ricchi di sangue con ecchimosi. Cuore normale con ecchimosi sottopericardiche parietali e viscerali. — Nel resto nulla di notevole.

Osservazione 6.ª — N. 91 del 1878. — Donna di 28 anni, filatrice, di costituzione affralita, con pelvi deformata da osteomalacia, sofferta nelle gravidanze antecedenti ed attualmente spenta, ripara all'Ospizio il 24 aprile, in travaglio di parto, a termine della sua nona gravidanza. — Segale cornuta e puntura delle membrane a domicilio — scolo di liquido amniotico — dilatazione pressochè completa — feto morto — presentazione vertice — craniotomia trapano Braun — cefalotrissia forcipe Guyon — trazioni piuttosto vive per estrarre il feto.

Puerperio morboso per peritonite settica in seguito a distrazione della sinfisi pubica e suppurazione in grembo alla medesima. — Morte in 15.ª giornata.

Autopsia del feto 20 ore dopo la morte. — Peso gr. 3100 — lunghezza cent. 52. — Polmoni nerastri, ricchi di sangue, con macchie ecchimotiche sottopleurali numerose ed evidentissime, di varia grandezza, non solo sotto la pleura viscerale, ma anche sotto la parietale diaframmatica. — Mucosità in notevole quantità nella trachea ed albero bronchiale. — Una grossa mucosità viscida, tenace si trova a cavaliere della divisione della trachea e fa capolino nei due bronchi primitivi. — In dette mucosità il microscopio rivela la presenza di granulazioni di meconio. — Cuore normale con cavità discretamente distese da sangue fluido e coagulato — ecchimosi sottopericardiche in numero ragguardevole — Ecchimosi timiche. — Fegato, milza, reni normali. — Nel liquido della cavità timpanica non si ponno constatare le granulazioni di meconio.

Osservazione 7.ª — N. 120 del 1878. — Donna di 18 anni, di buona costituzione, di professione cameriera, primipara con pelvi totalmente ed irregolarmente ristretta (Sp. 220 — Cr. 260 — C. E. 190 — Ob. d. 240 — Ob. s. 235 — C. D. 94 — C. V. 80) entra in Clinica il 4 giugno. — Il 10 stesso mese provocazione del parto mediante siringa e quindi tubo Tarnier. — Rottura membrane alle 3 ant. del 12 in modo spontaneo, scolo di liquido amniotico di colore normale, dilatazione della bocca

uterina di 2 cent., presentazione podalica elevata, donna alquanto febbricitante. — A mezzogiorno comincia il 2.° periodo: battito cardiaco rallentato ed alquanto irregolare, il podice si è abbassato nello scavo, trazioni digitali sugli inguini, estrazione rapida del capo, ma il feto soccombe in questo frattempo.

Puerperio morboso per perimetrite, guarigione.

Autopsia fatta 18 ore dalla nascita: peso grammi 2500 — lunghezza cent. 47 — Bp. 88 — Bm. 68 — Of. 110 — non turacciolo gelatinoso nella cavità timpanica — mucosità nelle vie aeree e retrofauci — macchie ecchimottiche numerose e larghe sotto la pleura viscerale, alla base, lobo inferiore e medio dei polmoni, che sono zeppi di sangue, non aerati, di colore bruno cupo — nulla di notevole al cuore, e visceri addominali — colonna vertebrale integra.

Osservazione 8.ª — N. 261 del 1878. — È accolta in Clinica l'11 novembre ultimo scorso, una donna di 32 anni, rachitica, già stata liberata nel 1875 colla cefalotrissia. Malgrado le raccomandazioni fatte prima di dimetterla nel caso sopravenisse una nuova gravidanza, essa viene a battere alla porta dell'Ospizio solo al principio del 9.° mese. — Riesaminata attentamente si trova: bacino deformato dalla rachitide (Sp. 290 — Cr. 260 — C. E. 180 — CD. 82 — CV. 68 — Ob. d. 220 — Ob. s. 240), e previa preparazione del collo con doccie, volendo la donna ad ogni costo essere liberata per le vie genitali, si provoca il parto, malgrado che il tempo utile sia già trascorso. Il giorno 8 introduzione di una siringa nel cavo uterino; il 9 la dilatazione è pressochè completa; puntura delle membrane, scolo di liquido amniotico non tinto di meconio, vertice fisso sullo stretto superiore, battito cardiaco fetale regolare. — Si lascia tempo un'ora alla testa per modellarsi sull'ostacolo, quindi tentativo di forcipe Simpson; sei trazioni, di breve durata, non valgono a superare l'ostacolo, che anzi durante la 5.ª trazione si sente uno scroscio — craniotomia trapano Braun — forcipe Guyon che riesce alla 2.ª applicazione.

Puerperio morboso per peritonite settico-traumatica ed endometrite putrida. Morte in 4.ª giornata.

Autopsia del feto. — Peso gr. 2500 — polmoni rosei, non distesi da aria, poveri di sangue con ecchimosi sottopleurali. — Cuore normale con ecchimosi sottopericardiche. — Nel resto nulla di notevole.

Riporterò ora le osservazioni appartenenti al 2.° gruppo.

B. *Osservazioni risguardanti neonati morti pochi minuti o poche ore dopo il parto e presentanti all' autopsia ecchimosi, sottopleurali, sottopericardiche, ecc.*

Osservazione 9.ª — N. 125 del 1877. — Donna di 20 anni, contadina, robusta, ben confermata, primipara, entra in Ospizio il 28 maggio, si sgrava il 5 giugno di feto prematuro in presenzione podalica — 1.° periodo 8 ore — 2.°: 0,30′ minuti.

Puerperio normale.

Autopsia del neonato morto 43 ore dopo la nascita — superficie cutanea di colore giallo-verdognolo chiazzata da numerose macchie sanguigne — congiuntiva e sclerotiche di colore giallognolo — spandimento sanguigno nel cavo toracico, di colore bruno-nerastro — Polmoni distesi da aria, galleggianti completamente, con numerose ecchimosi sottopleurali, e presentanti focolai apoplettici nel parenchima del viscere. — Muscolo cardiaco pure di colore giallognolo. — Cavità addominale in parte riempita da sangue, fluido in alto, coagulato nelle parti declivi. Fegato voluminoso, duro, resistente, di colore bruno-verdognolo, scarsamente irrorato di sangue, e con cistifelia contenente una piccola quantità di liquido filante, incoloro, trasparente, colla mucosa tempestata da piccole ecchimosi. — Milza enorme, dura, a capsula resistentissima — materie alimentari nel tubo intestinale — mucosa vescicale pieghettata per spandimento sanguigno sottomucoso — il liquido contenuto nella cavità timpanica lascia solo vedere al microscopio globuli sanguigni, cellule di epitelio vibratile, goccioline adipose, ma nessun elemento del liquido amniotico.

Osservazione 10.ª — N.º 43 del 1878. — Donna di 37 anni, primipara, di buona costituzione, con bacino totalmente ed irregolarmente ristretto (Sp. 265, Cr. 260, Ob. d. 240, Ob. S. 230, C. E. 185, C. D. 90, C. V. 77) viene sottoposta alla provocazione del parto prematuro sul principio del 9.º mese, previa preparazione del collo colle doccie ascendenti. Il giorno 8 marzo si introduce nel cavo uterino una sonda elastica che dopo 30 ha prodotto una dilatazione di 6 cent., segmento inferiore dell'utero molto assottigliato; attraverso le membrane integre si sente il vertice fisso sullo stretto superiore, il battito cardiaco è regolare, la donna è febbricitante. Rotte artificialmente le membrane incomincia il periodo espulsivo che dura un' ora e mezzo; il bambino viene alla luce vivo, ma con respirazione alquanto inceppata, che si fa sufficientemente regolare dopo bagni tiepidi, fregagioni, insufflazioni da bocca a bocca, estrazione di mucosità dalle fauci; soccombe quattro ore e tre quarti dopo.

Puerperio morboso per endometrite gangrenosa e flebite uterina, morte in 8.ª giornata.

Autopsia del bimbo 36 ore dopo la morte, peso gr. 2150, lung. 46, Bp. 80, Of. 100, Bm. 66. — Ipostasi cadaveriche nelle parti declivi del tronco, infiltrazione siero-sanguigna dell'epicranio in corrispondenza dei due terzi posteriori del parietale sinistro, là dove avrebbe dovuto esistere il tumore di parto; la infiltrazione sorpassa le suture. — Congestione marcata della pia meninge con lieve spandimento sanguigno nelle fosse cerebellari — polmoni galleggianti in massa, che presentano però diversi punti di atelectasia lobulare; nessun corpo straniero nella trachea e grossi bronchi; qualche ecchimosi sottopleurica in corrispondenza del lobo medio del polmone sinistro. Nel resto nulla di notevole.

Osservazione 11.ª — N.º 87 del 1878. — Donna di 35 anni, pluripara, tessitrice, da 5 anni affetta da osteomalacia, con bacino viziato, entra in clinica il 19 aprile. Il 30 stesso mese si provoca il parto con tubo Tarnier e sacchetto Barnes. Il giorno dopo, dilatazione completa, presentazione di spalla,

battito cardiaco regolare, versione susseguita da estrazione di bambino vivo.

Puerperio disturbato come la gravidanza da dolori osteomalacici, che vivi nei primi giorni vanno man mano cedendo in intensità. La donna abbandona l'Ospizio in condizioni discrete di salute il 12 maggio.

Autopsia del feto morto 4 ore dopo la nascita. È di sviluppo ottimestre, presenta zone di atelectasia polmonare ed ecchimosi sottopleurali, e sottopericardiche. Nel resto nulla di notevole.

Osservazione 12.ª — N.º 210 del 1878. — Donna di 30 anni, pluripara, di buona costituzione, di professione cucitrice, con pelvi normale, è accolta in S. Caterina il 7 settembre, e vi partorisce il 3 ottobre — parto spontaneo con 1.º periodo di 15 ore, 2.º periodo 0,10′ minuti. Idramnios di 5 litri, presentazione vertice, puerperio normale.

Autopsia del bimbo morto 46 ore dopo la nascita per debolezza congenita — peso 2350 gr., lungh. 46 cent., Bp. 84, Of. 106, Bm. 70, polmoni interamente espansi, crepitanti, ecchimosi sottopleuriche scarse. Cuore ben conformato, senza ecchimosi, timo senza alterazioni di sorta, fegato molto sviluppato, congesto, e presentante al taglio chiazze irregolari, piccole, giallastre, leggermente granulose, vena ombelicale pervia, ripiena di grumi, milza un po' aumentata di volume, di aspetto pure normale, reni normali, vescica vuota, ampolla rettale distesa da meconio, ben spiccato il punto di ossificazione dell'epifisi femorale, mancante il punto di ossificazione dell'astragalo.

In modo molto più succinto esporrò ora le osservazioni del 3.º gruppo.

C. *Osservazioni riguardanti feti o neonati, morti durante o dopo il parto, non presentanti all'autopsia le ecchimosi sottopleurali, sottopericardiche, ecc.*

Osservazione 13.ª — Parto provocato per viziatura pelvica. 1.º periodo 25 ore, 2.º periodo ore 2,30′; il feto è espulso vivente, ma con notevole depressione del parietale posteriore, vagisce subito e muore 7 ore dopo la nascita.

Autopsia. — Peso gr. 1370, lungh. cent. 41, Bp. 75, Of. 95, Bm. 65. Congestione cerebrale, versamento sanguigno nella cavità dell'aracnoide, polmoni distesi solo ai bordi ed agli apici, nessuna ecchimosi, aria nella cavità timpanica e nessun zaffo gelatinoso.

Osservazione 14.ª — N.º 146 del 1877. — Parto provocato per viziatura pelvica (C. V. 75). 1.º periodo 36 ore, 2.º periodo 15′ minuti; procidenza del funicolo con testa mobile, riduzione, ma si ripete la procidenza. Essendovi un piede vicino alla bocca uterina, colla mano in vagina e due dita nell' utero si afferra e si fa la versione susseguita dall' estrazione. Il feto muore nell'ultimo momento per difficoltà nel liberare il capo. Viene alla luce in istato di morte immente; il battito cardiaco a poco a poco si estingue senza che sia avvenuta una sola respirazione.

Autopsia. — Frattura della colonna vertebrale fra la 5.ª e 6.ª cervicale, stravaso sanguigno tutto intorno alla pia meninge corrispondente, la dura madre è lacerata a livello della frattura, midollo spinale non lacerato nè compresso, frattura dell'omero destro avvenuta nel disimpegno dell'arto rilevato ai lati del capo, distacco dell' estremità inferiore della tibia dal corpo dell'osso avvenuto durante le trazioni, polmoni non aerati, nessuna ecchimosi sottopleurale, non mucosità nel canale aereo, cuore normale senza ecchimosi. Nel resto nulla di notevole.

Osservazione 15.ª — N.º 168 del 1877. — Parto in donna pluripara, di un feto morto, pressochè a termine mediante l'evoluzione spontanea. Dopo il feto viene espulso un grosso grumo sanguigno, del peso di circa 280 grm., ad utero ben retratto. La placenta presenta un terzo circa della sua superficie uterina di colore nerastro per piccoli grumi aderenti e con quell'aspetto particolare che ci avverte di un distacco parziale durante il travaglio.

Autopsia. — Peso gr. 2500, lungh. cent. 51, Bp. 80, Of. 95, Bm. 70. Cute pallida, mucose scolorate, leggera infiltrazione

della parte presentata durante il travaglio, cervello anemico, polmoni leggermente coloriti in bruno, nessuna ecchimosi sottopleurale. Cuore normale, nessuna ecchimosi pericardica, nessun elemento del liquido amniotico nella cavità timpanica. Nel resto nulla di notevole, tranne una generale anemia.

Osservazione 16.ª — N.º 198 del 1877. — Feto in presentazione di spalla, estratto mediante la versione, asfittico, non si potè rianimare che incompletamente. Muore un'ora dopo la nascita ed in questo frattempo i battiti si mantennero regolari e lenti (78-80 pulsazioni al minuto) e le respirazioni incomplete (da 16-20 al minuto).

All'*autopsia* si nota: frattura della colonna vertebrale fra la 6.ª e 7.ª cervicale, e 4.ª e 5.ª dorsale, con versamento sanguigno peri- ed endo-vertebrale. Midollo spinale integro, frattura dell'occipitale, bilaterale, simmetrica, al punto di unione della porzione squammosa colla condiloidea, frattura incompleta dell'omero sinistro verso la sua metà, versamento sanguigno nel cavo toracico, enfisema sottopleurale, polmoni rosei, incompletamente distesi da aria, nessuna ecchimosi sottopleurale. Cuore sano, senza ecchimosi sottopericardiche. Nel resto nulla di notevole.

Osservazione 17.ª — N.º 170 del 1878. — Feto macerato, nato da madre sifilitica per parto prematuro accidentale.

L'*autopsia* rivela: peso gr. 1235, lungh. cent. 38. Depidermizzazione al bellico e parte inferiore delle gambe, infiltrazione della cute e cellulare sottocutaneo, fegato, milza, cuore, cervello in alto grado infiltrati, i polmoni molto meno, nessuna ecchimosi sottopleurale e sottopericardica, cornea e vitreo di aspetto sanguinolento, cristallino ancora trasparente.

Osservazione 18.ª — N.º 175 del 1878. — Feto nato morto in seguito a rivolgimento richiesto da presentazione del piano laterale. Nell'eseguire l'estrazione del tronco si vedono avvenire due distinti moti respiratorii con cavità toracica ancora contenuta nelle parti materne. Estrazione del capo, difficile per eccessivo sviluppo fisiologico e per essersi il diametro O. f.

messo in rapporto con un obliquo, invece di misurare il trasverso del bacino. Alla nascita il cuore pulsava ancora, ma il feto non potè essere rianimato.

Autopsia. Distacco dell'occipitale dai parietali, stravaso sanguigno sotto il capillizio e fra la dura madre e la teca ossea, iniezione marcatissima dei vasi meningei, polmoni allo stato fetale, diramazioni dell'arteria polmonare povere di sangue, nessuna ecchimosi sottopleurale. Cuore voluminoso, nessuna ecchimosi. Il peso di questo feto era di gr. 4220, lungo 57 cent. con un Bp. 105, Of. 125, Bm. 92.

Osservazione 19.ª — N.º 170 del 1878. — Feto nato da donna sifilitica, che partorisce prematuramente. L'esame necroscopico rileva: peso gr. 1470, lungh. 43, Bp. 60, Of. 89. Segni evidenti di macerazione poco avanzata; la morte del feto può datare da 4 giorni circa, polmoni anemici, grigiastri, senza ecchimosi. Ad occhio nudo non appare alcuna alterazione propria della sifilide, placenta pallida, anemica, per degenerazione fibro-grassosa dei villi.

Esposto il materiale clinico, soffermiamoci alquanto sull'anatomia patologica del medesimo, onde mettere in evidenza certe particolarità più importanti dal punto di vista speciale che ci occupa. Chi legge con attenzione le storie cliniche sovra riportate non tarda ad accorgersi come certe lesioni dominino addirittura il campo delle nostre autopsie e si incontrino in moltissime osservazioni. Sono desse le ecchimosi sottopleurali, pericardiche, ecc., la congestione polmonare che le accompagna, e meno frequentemente la presenza di mucosità, talora tinte di meconio, nel lume bronchiale. Su di esse noi dobbiamo anche fermare la nostra attenzione per delineare certi caratteri comuni, che naturalmente non vennero riferiti nei singoli reperti necroscopici onde evitare ripetizioni inutili. In tal modo si avrà il vantaggio di farne uno studio d'assieme che contribuirà a rendere più completa l'anatomia-patologica,

più chiaro il lavoro là dove si tratterà di metterla in rapporto colle cause generatrici. Sotto questo punto di vista speciale vedremo anche la parte che dovrà essere fatta all'analisi del contenuto della cavità timpanica, accennata in qualcuna delle nostre storie cliniche. Verranno ricordate da ultimo certe lesioni meno importanti, quali ad esempio lo stato del sangue, ecc., che serviranno a meglio illuminare la via che dobbiamo percorrere.

Le ecchimosi sottopleurali, sottopericardiche, timiche, sono formate da piccoli stravasi sanguigni dovuti a rottura di vasi capillari. Ciò è facile a dimostrarsi mediante l' esame microscopico. Io mi sono servito di un microscopio Seibert (Oc. 1, Obb. 5). Se con bisturì si incide un' ecchimosi, ad esempio sottopleurica, perpendicolarmente alla superficie polmonare, si riesce talora a mettere in evidenza il piccolo focolaio che la costituisce. Esso ha forma generalmente appiattita, dimodochè sulla dimensione di spessore predomina quella di superficie. Esportando con un ago da microscopio una particella della sostanza che forma il piccolo focolaio, e facendone un preparato per dilacerazione in liquido indifferente (cloruro sodico 0,75, acqua 100) si vede distintamente all'esame microscopico una straordinaria quantità di globuli rossi più o meno conservati.

L' ispezione diligente di questi focolai sanguigni fa riconoscere che essi sono situati immediatamente sotto la pleura, se trattasi di ecchimosi sottopleurali, e sotto il foglietto viscerale del pericardio se trattasi di ecchimosi sottopericardiche. Difatti sono ricoperti appunto dalla membrana sierosa liscia, pulita, che passa loro sopra, e che si continua senza linea di demarcazione fuori del campo della ecchimosi. Una dimostrazione più convincente dei rapporti della sierosa col focolaio emorragico si può ottenere in certi casi cercando di stracciare, ad esempio, il foglietto pleurico in corrispondenza di una macchia ecchimottica situata alla superficie polmonare. Appare allora a nudo il piccolo stravaso sanguigno che si vede riposare sul tessuto dell'organo del respiro.

Le ecchimosi sottopleurali hanno in genere un colore brunonerastro, di modo che quando il polmone è notevolmente infiltrato di sangue, appaiono poco distintamente attraverso la trasparenza della sierosa che le ricopre, appunto per il colorito rosso-cupo acquistato dall'organo sul quale riposano. Si comprende quindi come esse possano sfuggire alla vista se l'esame è fatto in modo poco accurato, e si comprende anche che l'insufflazione polmonare, donando al viscere un colorito meno intenso, faccia spiccare in modo più evidente le macchie ecchimottiche. È anzi questo un artificio di esame che viene raccomandato dal dott. Faure nei casi dubbi. Difatti le ecchimosi non influenzate dalla dilatazione degli alveoli polmonari conservano il loro colore primitivo e compaiono meglio alla vista su di un fondo meno intensamente colorato. Talora però il colorito delle macchie ecchimottiche è rossastro, e si avvicina al roseo, massime in quelle che si riscontrano sulla superficie del cuore.

Il numero delle ecchimosi varia notevolmente a seconda dei diversi casi; talora da una a due, come, ad esempio, nell'*Osservazione* 2.ª, altre volte invece sono numerosissime, come, ad esempio, si potè constatare nell'*Osservazione* 7.ª. Le loro dimensioni sono pure molto variabili; larghe in certi casi come un punto, una capocchia di spillo, in certi altri hanno il diametro di 1 cent. e più (*Osservazione* 4.ª). Sullo stesso polmone si ponno qualche volta constatare le diverse gradazioni delle loro dimensioni. Il numero e la dimensione delle ecchimosi mi parve fino ad un certo punto legata colla causa generatrice, come vedremo più innanzi. Si è specialmente quando sono numerose che si incontrano quelle di grandi dimensioni. Generalmente hanno una forma rotondeggiante, come le macchie prodotte dalle morsicature della pulce senza il punto centrale; non mancano però i casi nei quali il loro contorno abbandona questa forma per diventare ovalare, elittico, a bordi irregolari, e via dicendo. *(Continua).*

Rivista bibliografica

Die Castration der Frauen vom physiologischen und chirurgischen Standpunkte aus (La castrazione delle donne dal punto di vista fisiologico e chirurgico) von Alfred Hegar, professore di ginecologia in Freiburg — Leipzig, druck und Verlag von Breitkopf und Härtel, 1878. — *Analisi bibliografica* del dott. Mangiagalli.

In una mia Rivista ginecologica pubblicata nel febbraio 1878 nella Medicina contemporanea, dando notizia di una Memoria di Marion Sims sull'operazione di Battey, io scrivevo come questo operatore operando di ovariotomia doppia una donna affetta da ovarite cronica, nell'idea di troncare le sofferenze indicibili e ribelli ad ogni trattamento coll'anticipare l'età climaterica, fosse il pioniere in un campo inesplorato d'osservazione. L'idea più o meno discussa, accettata con trasporto o respinta con disdegno trovò per altro proseliti i quali l'attuarono con risultato più o meno felice. Trenholme ed Hegar, il quale un mese prima di Battey aveva praticato tale operazione senza che avesse grande eco, allargarono il campo di tale operazione, applicandola ai casi di irrefrenabili emorragie per fibromi uterini, la cui esportazione giudicarono o impossibile o troppo pericolosa. Hegar stesso, trattando ora monograficamente l'argomento sovr'accennato, ha regalato al pubblico medico un'opera in cui con molta dottrina e sovrana competenza vengono trattate tutte le questioni che si riferiscono alla castrazione delle donne, vuoi dal punto di vista fisiologico, vuoi dal punto di vista delle indicazioni e del manuale operativo.

L'opera costituisce un elegante volume di 144 pagine, edito a Lipsia coi tipi di Breitkopf ed Härtel ed è divisa in due parti; nella prima studia la parte fisiologica e nella seconda si occupa della parte operativa. La novità se non dell'argomento, almeno delle applicazioni che se ne vogliono trarre, la profondità con cui esso è svolto e lo spirito

razionale con cui vennero condotte le rispettive ricerche, mi assicurano di far cosa grata al lettore dando esteso sviluppo a questo articolo bibliografico.

A completare lo studio fisiologico degli effetti apportati dalla castrazione all'organismo femminile, due vie erano aperte all'autore: analizzare i fenomeni osservati nella donna, che per vizio congenito o per atto operativo compiuto ad una diversa epoca della vita, restava priva dell'organo germinale, ed avvalorare i risultati ottenuti da tale analisi, collo studio di quanto offrono gli animali, che per consuetudine sono sottoposti alla castrazione, ovvero che la subiscono per opera del fisiologo che esperisce, onde indagare l'influenza che l'ovaio esercita sull'organismo, ed il modo con cui questo risponde all'ablazione di cotanto organo. Presso i cultori di scienze mediche è quasi universalmente accettato il paradigma « propter solum ovarium mulier est quod est ». Sottoporre questa massima molto comprensiva al crogiuolo dell'analisi e della esperienza, esaminare quanto essa può contenere di indubitabilmente vero o di esagerato, questo doveva essere il proposito dell'autore prima di accingersi a parlare dell'atto operativo che si propone appunto di privare la donna del suo organo germinale. Vediamo ora a quali risultati egli sia pervenuto colle sue ricerche.

Intanto nel difetto e nello sviluppo rudimentale delle ovaie può essere conservato completamente il tipo femminile, e l'individuo presentare lo sviluppo scheletrico, l'accumulo di adipe, il seno, i genitali esterni, il modo di sentire e di pensare, le inclinazioni sessuali come una donna normale. Solo in via eccezionale si fa parola di viragini. Per contro quando ci si offrono deviazioni dalla norma nei riguardi sopraenunciati bene ispesso si trovano invece altre anomalie di prima formazione o di sviluppo, quali stenosi dei grandi vasi, vizii congeniti di cuore, cretinismo, ecc. Ma una più stretta dimostrazione di una relativa indipendenza dei caratteri sessuali dalle ovaie ce la porge l'ermafroditismo trasversale. In esemplari di questo esistono i testicoli e l'individuo è nel resto quasi completamente una donna, mentre in alcuni casi per contro troviamo le ovaie mentre sono presenti quasi tutti i caratteri sessuali dell'uomo. Soltanto in un punto havvi una determinata quantunque non assoluta dipendenza. *Le tube, l'utero e quantunque in lieve grado anche la vagina, mostrano nel loro sviluppo quasi sempre un determinato rapporto collo sviluppo delle ovaie.* Questa legge viene confermata dallo studio dei casi di *uterus unicornis* nell'uomo e

di utero bicorne negli animali. Invece *un rapporto di dipendenza inverso non è in niun modo dimostrabile*, poichè l'utero può mancare completamente od essere solo rudimentario, mentre le ovaie sono costituite e funzionano normalmente.

Quanto al difetto acquisito dell'organo germinale per opera dell'arte si deve anzitutto distinguere se la castrazione avvenne nell'età infantile, ovvero nell'età adulta. La castrazione dei giovani animali (porci) dà come costante risultato *l'arresto di sviluppo dell'utero il quale rimane come al tempo dell'operazione*, la non comparsa dei calori, un temperamento tranquillo ed una tendenza all'accumulo dell'adipe. La castrazione degli animali adulti (vacche) dà risultati molto meno costanti: *la maggiore tendenza all'accumulo dell'adipe è problematica e la favorevole influenza sulla secrezione lattea è almeno incostante: nella maggior parte dei casi non si manifestano più i calori.*

Nell'uomo, i risultati della esportazione delle ovaie, praticata nella prima fanciullezza non ci portano a concludere qualche cosa di concreto. L'amenorrea delle gravide può spiegarsi colla cessazione dell'ovulazione, ed il manifestarsi eccezionale dei mesi in tale periodo può ripetere la sua origine dall'enorme vascolarità dell'utero con non completa abolizione della funzione ovarica. Il difficile avverarsi del concepimento durante l'allattamento e la frequente amenorrea che l'accompagna depongono pure in favore per la dipendenza della menstruazione dalla ovulazione. Nell'età climaterica l'atrofia dell'ovaio sembra precedere l'atrofia dell'utero e l'amenorrea. I casi in cui in età avanzata riapparvero i mesi, e quindi ne seguì ancora il concepimento parlano pur in favore della teorica sin qui accettata sulla menstruazione. E molte volte le emorragie tipiche che si avverano dopo l'età critica piuttosto che nella ovulazione trovano la loro spiega in varii stati morbosi. Del resto alterazioni del modo di sentire o di pensare possono ascriversi, anzichè alla cessata ovulazione, anche all'età ed alla maggior esperienza della vita. Così pure la tendenza alla pinguedine, lo spuntare di peli nel viso, fenomeni per altro incostanti, non sono necessariamente legati alla perdita della funzionalità ovarica. La degenerazione totale delle ovaie o la bilaterale esportazione di esse fu seguita quasi sempre da amenorrea. Dopo l'operazione vennero osservate *iperinvoluzione uterina e diminuzione di fibromi.* In rarissimi casi si osservarono alterazioni della voce e più rigoglioso sviluppo dei peli nel viso. In singoli casi diminuì l'istinto sessuale, e scomparvero esistenti fenomeni

di isteria. *In generale però alterazioni del corpo e dei restanti caratteri sessuali non vennero osservate.*

Sembra quindi all'autore inaccettabile la sentenza « propter solum ovarium mulier est quod est » ove si voglia ad essa attribuire il significato che dall'ovaio parta la spinta alla determinazione del tipo proprio femminile e del particolare carattere sessuale. In ogni modo anche indipendentemente da ciò si dovrebbe accettare un'altra causa più riposta ed anteriore nel suo modo di agire, la quale in un caso ha per effetto la formazione della ghiandola germinale maschile, in un altro la formazione della ghiandola germinale femminile. Se noi accettiamo in ogni individuo due momenti determinanti il sesso, dei quali l'uno conduce all'uomo, l'altro alla donna, ed inoltre accettiamo che un tale momento non solo determina la ghiandola germinale ma anche i rimanenti caratteri sessuali, possiamo avere una spiega abbastanza facile e piana dei risultati diversi e qualche volta contradittorii osservati. A seconda del predominio dell'uno o dell'altro momento, noi avremo più spiccati questi o quei caratteri sessuali. In qual modo poi avvenga lo spostamento di uno dei momenti non siamo in grado di dimostrarlo, quantunque è verosimile che rapporti semplicemente materiali abbiano la parte principale. In via eccezionale nell'androginia e nell'ermafroditismo laterale si sviluppano entrambe le specie di ghiandole germinali: ma le reciproche influenze, i mutui contrasti sono così importanti che solo una specie si sviluppa completamente, ovvero entrambe si arrestano nel loro sviluppo e divengono incapaci di funzionare. Con ciò non si esclude una certa influenza delle ovaie sui caratteri sessuali e sul tipo corporeo; ma un individuo può conservare il suo tipo femminile che gli spetta anche senza tale influenza, come lo si può osservare nel difetto delle ovaie. La indipendenza dello sviluppo delle singole sezioni dell'apparato sessuale dalle ghiandole germinali, come la esposero Geoffroy St. Hilaire e recentemente Klebs in base a quanto si osserva nell'ermafroditismo, soffre secondo l'autore una importante limitazione. Alla dipendenza cioè dello sviluppo della sezione superiore del dotto di Müller dallo sviluppo delle ovaie, corrisponde più tardi la dipendenza della funzione uterina, della menstruazione, dalla ovulazione.

Riepilogando, dalle cose esposte nella prima parte risulta che l'esportazione di entrambe le ovaie nell'adulto, ha essenzialmente l'effetto di anticipare l'età climaterica, senzachè per altro siano a temere

alterazioni importanti dell'organismo o modificazioni dei caratteri sessuali femminili. Una certa tendenza all'adiposità è forse l'unica disaggradevole conseguenza, ma non è costante e può combattersi con una alimentazione appropriata. Per l'individuo va perduta la capacità della propagazione della specie, ma a questo riguardo va notato, che nelle persone in cui si pratica o essa era già perduta, ovvero il loro stato di salute non rendeva desiderabile un concepimento.

Diamo ora uno sguardo alla seconda parte di questo lavoro monografico, e sulla scorta dell'autore faremo un rapido riassunto storico dell'atto operativo, determinandone le indicazioni, studiandone la tecnica ed esaminando i risultati sinora ottenuti. Facendo astrazione dalle ovaie facenti parte di un tumore erniario, la castrazione delle donne a scopo terapeutico è di data affatto recente. Hegar praticò la prima operazione il 27 Luglio 1872, indottovi da nevralgie ovariche insopportabili, accompagnate da grave deperimento della nutrizione e per le quali la paziente si iniettava giornalmente 20-30 ctgrm. di morfina. Il destro ovaio conteneva una cisti della grandezza di un piccolo uovo di pollo, il sinistro era meno alterato, della grandezza di una castagna. Un mese circa più tardi, il 17 Agosto 1872 Battey praticò la sua prima operazione e la ripetè in seguito parecchie volte, talchè ne pubblicava 10 casi negli atti della società ginecologica americana, Vol. I, 1876. Egli partiva dall'idea di por fine, anticipando l'età climaterica, a sofferenze ribelli ad ogni trattamento, e che ripetevano la loro origine da infiammazione cronica delle ovaie. Sulla base delle stesse indicazioni operarono Thomas e Trenholme (1871). Questi esportò pel primo entrambe le ovaie in causa di fibromi uterini nel Gennaio 1876, ed a lui tenne dietro, senza conoscere per altro il suo caso, Hegar il quale operò due volte per lo stesso motivo nell'Agosto dello stesso anno. Più tardi venne praticata anche da Kaltenbach per la stessa indicazione, e recentemente Marion Sims pubblicò 7 casi, in 5 dei quali venne però allontanato un solo ovaio, indotto in tutti da gravi fenomeni dovuti ad ovarite cronica. Tre volte Marion Sims assicurò il peduncolo all'angolo inferiore della ferita addominale onde correggere una coesistente retroversione uterina. L'autore riporta in una tabella i 35 casi a lui conosciuti, e ne vedremo più oltre i risultati. Come condizioni necessarie a constatarsi, prima di accingersi all'atto operativo, l'autore stabilisce che le *ovaie sieno prima sentite, che esse possano essere allontanate, che manchi ogni segno di infiammazione acuta.* Trattan-

dosi di un'operazione così recente, difficilmente le indicazioni possono essere precisate e raggruppate in modo affatto razionale. Come indicazione generale « l'esportazione delle ovaie è indicata nelle anomalie » od affezioni che apportano uno stato d'infermità o immediatamente » pericoloso per la vita, o conducente in breve periodo di tempo alla » morte, ovvero cronico, progressivo, tormentoso, che toglie ogni go- » dimento della vita ed ogni possibilità di occuparsi, ed è ribelle ad » ogni altro trattamento curativo, mentre esso può essere tolto me- » diante l'allontanamento delle ovaie ».

Le speciali indicazioni ammesse dall'autore sono le seguenti:

1.° Le ernie ovariche con fenomeni d'incarceramento ed infiammazione, tostochè gli ordinarii metodi antiflogistici ed i tentativi di riposizione sieno rimasti infruttuosi.

2.° Tumefazione delle ovaie con fenomeni d'irritazione, aumentata dolorabilità alla pressione, occupino esse la posizione normale o sieno dislocate nello spazio di Douglas, cronica ovarite e periovarite, incipiente degenerazione cistica.

E qui noto come a differenza dei ginecologi americani l'autore crede che non sia sinora giustificata l'operazione senza la dimostrazione di una determinata alterazione delle ovaie.

3.° Gli stati dell'utero, che rendono impossibile la produzione della crisi menstruale o la fanno estremamente difficile, mentre le ovaie esistono e funzionano.

Prima però gioverà far precedere l'esatta dimostrazione del nesso causale, poichè come si è visto dall'esame della prima parte possono coesistere ovaie normalmente funzionanti ed utero per contrario incapace a funzionare senzachè per questo possano osservarsi fenomeni morbosi: converrà quindi specialmente anzitutto escludere l'eventuale coesistenza di altre anomalie già indicate, quali stenosi dei grandi vasi, vizii congeniti di cuore, incompleto sviluppo dell'intiero organismo e dello scheletro, un certo grado di idiozia e di cretinismo, ecc. Di più sarà indispensabile la dimostrazione della reale funzionalità delle ovaie.

4.° L'atresia dell'utero o della vagina con ritenzione del sangue menstruo ed impossibilità di aprire le vie naturali o di procurare ad esso un'altra uscita.

Battey operò una volta sulla base di tale indicazione con esito felice. A priori si potrebbe obbiettare che colla esportazione di ambo

le ovaie si impedisce l'ulteriore aumento dell'ematometra o dell'ematocolpo, senza per altro allontanare questo stato. Quindi quando si potrà sperare di aprire una via al sangue raccolto (ed impossibile lo sarà rare volte coi mezzi attualmente a nostra disposizione), si dovrà scegliere tale partito e potrebbe anche ventilarsi l'opportunità, essendo impossibile ogni altro mezzo, di aprire il cavo peritoneale e stabilire una fistola utero-addominale. Se non esiste ematometra e sono manifesti imponenti disturbi, certamente l'atto operativo è giustificato.

5.° Processi infiammatorii cronici delle tube, del peritoneo pelvico e del parametrio, i quali ancorchè non originati da processi patologici delle ovaie, pure in causa all'ovulazione continuamente e periodicamente si riaccendono e recidivano.

6.° Malattie dell'utero, come specialmente fibromiomi, cronici infarti, sopratutto quando sono collegati con emorragie difficili a frenarsi, retroflessioni ed antiflessioni ed in genere tutte quelle affezioni che conducono alle conseguenze descritte nella indicazione generale, tostochè sieno stati impiegati infruttuosamente gli altri mezzi abituali.

Nei casi di fibromi l'esportazione delle ovaie sostiene naturalmente la concorrenza alla spaccatura della cervice, coll'enucleazione, colla laparo-isterotomia; e saranno le circostanze speciali del caso concreto che guideranno il pratico per l'una o per l'altra via. Essa sarà specialmente indicata nei casi in cui ritenendo impossibile o circondata da formidabili difficoltà la laparo-isterotomia, e pure essendoci l'indicazione vitale del nostro intervento o per fenomeni di pressione o per emorragia, si cerca colla esportazione delle ovaie di por termine alle congestioni periodiche, di frenare l'emorragia, di arrestare lo sviluppo dei fibromi e di ottenerne la loro atrofia.

Oltre a queste indicazioni i ginecologi americani e specialmente Battey ne hanno stabilito un'altra, che all'A. non sembra giustificata. Battey propone l'operazione nelle sofferenze fisiche e psichiche a lungo protratte dipendenti da disturbi nervosi e vasomotorii, che hanno frustrato ogni altro mezzo. Hegar non ritiene giustificata tale indicazione non potendo ritenersi come dimostrata la dipendenza di tali disturbi dalle ovaie.

Dalla natura delle indicazioni risulta a sufficienza che quasi sempre entrambe le ovaie devono essere allontanate onde raggiungere lo scopo dell'operazione e può trattarsi solo in via eccezionale di una ovariotomia unilaterale, quando per es. si tratta di un ernia ovarica, con vio-

lenti disturbi. Anche nella dislocazione di un solo ovaio nello spazio di Douglas, può essere l'operazione limitata ad esso, tostochè sia dimostrato che solo da esso ripetono la loro origine i dolori ed i disturbi. L'esperienza del resto anche in questo caso parla a favore della doppia esportazione.

I preparativi sono gli stessi come per l'ovariotomia ordinaria. L'A. raccomanda caldamente agli operatori di tenersi lontani per otto giorni almeno prima dell'atto operatorio da ogni ammalato affetto da forme settiche, piemiche, da eresipela, da scarlattina, da difterite e così di seguito, essendo egli convinto esservi veleni i quali agiscono in quantità così minima e sono così resistenti, da resistere alla più accurata antisepsi o da non esserne annientati. È a tale norma seguita scrupolosamente dagli ovariotomisti inglesi che debbono ascriversi i loro brillanti risultati ottenuti anche senza medicazione antisettica. Come mezzo disinfettante l'A. preferisce l'acqua di cloro modicamente allungata, che può impiegarsi anche sotto forma di nebbia, ed ha vantaggi incontestabili sull'acido fenico, specialmente in riguardo alle emorragie capillari a cui si oppone efficacemente. Come anestetico preferisce l'etere solforico. Il tempo più opportuno per operare è in massima la prima settimana dopo la cessazione dei menstrui.

Quanto alla tecnica operativa lasciando da parte il processo classico addominale, mi occuperò soltanto del processo vaginale.

L'incisione vaginale raccomandata da Battey avrebbe, secondo questo A., specialmente il vantaggio di favorire il deflusso dei liquidi secreti, e di permettere l'introduzione, in caso di bisogno, di un tubo di drenaggio attraverso l'incisione rimasta aperta. Battey non osservò mai per essa il prolasso di anse intestinali, ed una sol volta si manifestò una forte emorragia che potè essere frenata mediante pezzetti di ghiaccio. Per altro con questo processo egli ebbe due casi fatali, l'uno per peritonite settica e l'altro per consecutiva rottura di un ascesso nel cavo peritoneale.

Thomas tentò di esportare un ovaio ingrossato ed aderente per tale via, senza riuscirvi: costretto quindi ad incidere lungo la linea alba, gli venne fatto di condurre a termine l'operazione, ma la paziente morì dopo 56 ore di peritonite acuta. Anche Sims dovette in un caso desistere dall'operazione a motivo delle aderenze. Le prove fatte sul cadavere sconsigliano ad Hegar tale processo anche per ragioni anatomiche, e potrebbe forse limitarsi tale processo ai casi in cui le ovaie fossero

profondamente discese nello spazio di Douglas. In tali condizioni operò appunto una volta Trenholme, il quale crede in genere più facilmente allontanabile con tale processo l'ovaio quando esso non giaccia più elevato della norma.

Per eseguire il taglio vaginale Battey colloca la donna nella posizione di Sims, introduce un breve e largo speculum a becco di anitra. La porzione vaginale viene afferrata con una pinzetta e stirata giù sotto l'arco pubico. L'incisione viene quindi praticata mediante una forbice nella linea mediana della volta posteriore e della lunghezza di $1\frac{1''}{4} - 1\frac{1''}{2}$.

Pei casi infine in cui solide aderenze sembrano tenere legato l'ovaio alla parete pelvica, l'A. trova preferibile un suo processo laterale (Flankenschnitt), che rende evitabile la lesione dell'arteria epigastrica e più comodo e facile l'accesso all'ovaio. Ma prescindendo anche dalla recisione di fibre muscolari in direzione trasversale, dalla retrazione dell'aponeurosi dell'obliquo esterno, dalla maggior ricchezza vascolare di quella zona di pareti addominali, dalla più difficile guarigione della ferita esterna, i vantaggi di tale processo sono poi tali da controbilanciare gli inconvenienti di aprire a destra ed a sinistra il cavo peritoneale, per esportare ambo le ovaie come è di necessità quasi costante nel campo dell'ovariotomia normale? Comunque sia la risposta che darà l'esperienza futura, giova intanto ricordare come nei tre casi in cui venne dall'A. praticato tale processo, l'esito fu la guarigione, e come in determinate eventualità anatomiche, potrebbe essere il processo di più facile e sicura esecuzione. La lunghezza della incisione sarà di circa quattro centimetri in modo da permettere l'introduzione di una o due dita. Sorpassando ora sul trattamento del peduncolo, sulla toeletta peritoneale, sulla chiusura della ferita, sulla medicazione consecutiva, esaminiamo quali sieno i risultati sinora ottenuti.

Sopra 35 operazioni:

10 volte venne vinto completamente lo stato morboso.
3 » il risultato non fu bene stabilito in causa della breve durata del periodo di osservazione.
4 » si ebbe miglioramento temporario o parziale.
8 » si ebbe nessun miglioramento.
9 » l'operazione fu seguita da morte.
1 » l'operazione venne interrotta.

Ai casi favorevoli bisogna aggiungere altri due casi di Martin Augusto, il quale operò due volte la castrazione per fibromi uterini, dimostrando nuovamente come coll'ablazione delle ovaie possa ottenersi la cessazione delle emorragie e il raggrinzamento dei tumori. E l'A. crede doversi migliorare la prognosi specialmente ove si osservino scrupolosamente le norme indicate per la profilassi della peritonite settica, che fu la causa quasi costante della morte nei nove casi a decorso fatale.

Il patrimonio della scienza su questo argomento è dunque costituito da 37 osservazioni; di queste, nove appartengono all'A. e sono riportate in extenso, e di esse credo utile il porre quivi un breve riassunto, prima di por termine a questa rivista bibliografica.

Osserv. 1.ª — Ovarite cronica — Ovarialgie ribelli ad ogni trattamento — Operazione il 27 luglio 1872 — processo addominale mediano — Morte per peritonite.

Osserv. 2.ª — Fibromioma uterino — Emorragie ripetute e ribelli ad ogni trattamento — Anemia grave — Castrazione il 2 agosto 1876 — Processo addominale mediano — Completa guarigione e notevole diminuzione del tumore — Menopausa.

Osserv. 3.ª — Fibromioma uterino — Castrazione il 3 agosto 1876 — Processo addominale mediano — Circoscritta peritonite purulenta — Guarigione — Menopausa — Notevole diminuzione del tumore.

Osserv. 4.ª — Fibromioma uterino — Estirpazione delle ovaie il 10 Agosto 1877 — Processo laterale — Guarigione dall'atto operativo — Miglioramento della nutrizione — Cinque mesi più tardi persistenti alcuni disturbi provenienti dal tumore — Sconosciuto l'esito ulteriore.

Osserv. 5.ª — Periovarite — Salpingite — Perimetrite — Retroflessione uterina — Infarto — Castrazione il 19 ottobre 1877 — Processo addominale mediano — Completa guarigione.

Osserv. — 6.ª Fibromioma uterino — Estirpazione delle ovaie il 7 dicembre 1877 — Processo addominale laterale — Guarigione — Diminuzione rapida del tumore — Menopausa.

Osserv. 7.ª — Ovarite e salpingite cronica — Varici del legamento largo di sinistra — Nevralgie ovariche — Dismenorrea — Molteplici sintomi nervosi — Castrazione il 9 febbraio 1878 — Processo laterale — Guarigione — Scomparsa di ogni disturbo.

Osserv. 8.ª — Ovarite cronica — Nevralgie ovariche — Castrazione il 27 Febbraio 1878 — Processo addominale mediano — Guarigione — Scomparsa di ogni disturbo.

Osserv. 9.ª — Fibromioma uterino — Castrazione — Morte per peritonite settica in seguito ad infezione esterna.

Dei casi appartenenti ad Hegar, due soli quindi decorsero fatalmente: l'uno riguarda la sua prima operazione, la quale venne praticata in un periodo, in cui, come egli si esprime, non era ancora così pedante in quanto a disinfezione, e l'altro (l'ultimo accennato) si riferisce ad una operazione, eseguita solo quattro giorni dopo l'enucleazione di un mioma icorizzato in donna già piemica. Et nunc erudimini. Quanti ammaestramenti invero per coloro che oppongono il sogghigno della incredulità ad ogni utile innovazione, se anche nell'arte medica l'esperienza non fosse per molti lettera morta!

Annotazioni sopra l'Anatomia del Negro; per C. Giacomini, prof. di Anatomia umana e Direttore del Museo Anatomico nella R. Università di Torino. — Torino, tipografia Vercellino, 1878. — Un fasc. di 39 pag. con due tavole litografiche.

In due donne negre, madre e figlia, l'una di 25 anni, e l'altra di 2, l'A. ha potuto constatare certe particolarità di struttura, degne di interesse per l'anatomia comparata delle razze umane. Nel presente lavoro si occupa solo di due fatti anatomici: la presenza di una piccola cartilagine nella piaga semilunare dell'occhio, e la struttura istologica dell'ovaio della bimba negra di due anni.

La memoria è quindi divisa in due parti. Lasciando in disparte la 1.ª nella quale discorre della cartilagine della piega semilunare nell'uomo bianco, nel negro, nell'orang, nel cercopiteco e nel cinocefalo, mi soffermerò sulla 2.ª parte che è consona all'indirizzo del nostro giornale.

Bischoff, Grohe, Slaviansky, Haussmann e Sinety hanno messo in dubbio il fatto già prima accettato, che lo strato ovigeno dell'ovaio rimanga inerte fino all'epoca della pubertà. Le loro ricerche hanno dimostrato in modo evidente che gli ovuli ed i follicoli di Graaf si sviluppano nelle ovaie di bimbe di ogni età, e che questi follicoli hanno tutti i caratteri di quelli che si riscontrano nell'età adulta. Questo fatto che dalla maggioranza degli autori è considerato come patologico od accidentale, dallo Slaviansky invece è ritenuto come costante, avendolo egli riscontrato nelle ovaie di tutte le bimbe che ha potuto esaminare. L'A. nell'ovaio della bimba negra di due anni ha trovato le seguenti note istologiche. L'epitelio che riveste l'ovaio era evidentis-

simo; la sua forma non era propriamente cilindrica avendo le cellule il diametro trasverso presso a poco eguale al verticale. Le più marcate variazioni si trovarono nello strato ovigeno. Mentre gli ovisacchi che erano situati alla periferia dell'organo conservavano le loro dimensioni ed i loro rapporti ordinari, quelli vicini al bulbo erano a diverso grado di sviluppo. Alcuni infatti avevano un diametro di 100 200 micromill. mentre altri raggiungevano i 3-4 mill. Nei primi cominciava a formarsi la membrana granulosa, ora costituita da uno, ora da un duplice strato di cellule; invece negli altri più sviluppati, l'ovulo da centrale assumeva una posizione eccentrica, si cominciava a formare una cavità circoscritta dalla granulosa, insomma si potevano osservare le diverse fasi per le quali passa l'ovisacco per diventare follicolo di Graaf. Il bulbo dell'ovaio era notevolmente vascolarizzato. L'ovaia della bimba negra si trovava adunque in piena attività, però gli altri organi dell'apparato genitale (tuba fallopiana, corpo e collo dell'utero, vagina, ghiandola mammaria) non davano segno di accorgersi di quanto avveniva nell'ovaia e si trovavano nella più perfetta quiete. Adunque l'ovulo andava bensì maturando, ma le parti che dovevano accoglierlo rimanevano inerti; la funzione quindi cominciava e doveva finire nell'ovaio. Ciò è provato dalla regolarità della superficie dell'ovaio che si presentava senza alcuna cicatrice, dalla sede profonda degli ovuli in via di sviluppo, e coperti da uno strato di ovisacchi immaturi, e dalla nessuna preparazione delle vie che l'ovicino doveva percorrere. Ma vi ha di più: osservando le diverse regioni microscopiche quà e colà l'A. ha potuto constatare delle cavità di forma irregolare, alcune allungate e strette a guisa di fenditura, altre di forma triangolare, nell'interno delle quali esisteva un reticolo, circoscrivente uno spazio centrale vuoto, e con cellule linfoidi nelle sue maglie. Questi spazi si potrebbero spiegare coll'*involuzione fisiologica dei follicoli* descritta dallo Slavianski, mediante la quale il contenuto dell'ovisacco subirebbe una degenerazione granulosa con successiva formazione di tessuto da prima mucoso e poi connettivale reticolato, che riempirebbe la cavità follicolare.

Abbiamo creduto dover parlare un po' estesamente di questa parte del lavoro del Giacomini, perchè l'osservazione in esso contenuta sarebbe la prima che fu fatta nella razza negra. CUZZI.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA, Direttore-gerente responsabile.

Volume I. Febbraio 1879.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

CONTRIBUZIONE ALLA CURA CHIRURGICA

DELLE

FISTOLE GENITO-URINARIE NELLA DONNA

DEL

DOTT. GIOVANNI ALBERTINI

Professore di Anatomia Chirurgica e Medicina Operatoria
e Chirurgo Primario nell'Ospitale Maggiore di Milano

INTRODUZIONE.

L'argomento sul quale verte la presente Memoria figura uno degli acquisti più luminosi ed importanti della chirurgia moderna, cioè la cura radicale delle fistole genito-urinarie nella femmina. La donna, l'essere privilegiato della società, ma pur talvolta infelice, meritava alla sua volta di essere sollevata, dall'arte benefica per eccellenza, da una delle più grandi sventure di cui non infrequentemente è rimeritata nel suo caro, ma pur spinoso cómpito della procreazione. Lo sfacelo delle parti pudende durante il parto, e la postuma comunicazione permanente dell'apparato urinario col genitale, nel mentre compromettono da vicino non che le sue funzioni sessuali anche il suo organismo, la rendono l'essere il più infelice ed uggioso davanti a sè stesso ed alla società. Fino alla prima metà di questo secolo malgrado alcuni tentativi inutili od insufficienti intrapresi per venire in ajuto di tanta sventura, la fistola genito-urinaria nella femmina, una volta costituita, era tuttora considerata dalla pluralità dei chirurgi un vizio indelebile o di problematica guarigione. Spet-

tava all'illustre Jobert de Lamballe la gloria mercè i suoi studî anatomici sui rapporti degli organi genitali interni e della vescica fra di loro, più sulla patologia delle perforazioni morbose che interessano tali organi, di innalzare anche questa parte della chirurgia ristoratrice già arrivata all'altezza a cui era la plastica umana. L'impulso dall'illustre francese dato co' suoi processi operativi tuttochè in qualche parte difettosi ed incompleti, inspirava altre non comuni intelligenze a seguirne l'esempio, e a ritentare altre vie non ancora conosciute. Ed ecco sorgere dapprima l'alemanno Gustavo Simon di Rostock, e più tardi ancora il celebre americano Marion Sims, e dietro di lui una pleiade di insigni chirurgi che più o meno contribuirono a coronare il tanto desiato edificio. Il metodo americano per la cura radicale delle fistole cisto-vaginali in virtù dei principî fondamentali su cui è basato, e per la sua semplicità che lo ha reso accessibile a tutti, non senza aver ottenuti i migliori risultati, tiene ora il primato fra tutti gli altri processi conosciuti nella odierna medicina operatoria. Dietro a questo lavorarono i chirurgi di tutte le nazioni, non ultimi quelli d'Italia; ed io pure avendo avuto l'opportunità di dirigere per varii anni or l'uno or l'altro dei comparti femminili chirurgici del grande spedale di Milano volli tentarne la prova e con qualche buon risultato. Egli è appunto dei successi più o meno felici da me ottenuti in questo genere di intrapresa chirurgica ch' io intendo di discorrere nella presente Memoria che dividerò in due parti distinte: la prima comprenderà le osservazioni pratiche coll'aggiunta di alcuni riflessi, secondo ne verrà il destro, sulla sede, sulla etiologia e sul modo di comportarsi di dette fistole orinose nei singoli casi: la seconda tratterà del processo operatorio da me impiegato di preferenza e delle norme seguite nella cura consecutiva.

PARTE PRIMA.

Osservazioni pratiche.

Osservazione I. — *Duplice fistola cisto-vaginale uterina superficiale, e cisto-uterina. Riunione della prima con esito felice. Primo tentativo per provvedere alla seconda: successo incompleto: secondo tentativo coronato da un esito felice colla guarigione perfetta della donna.* — Maria Salvi Martegani, d'anni 33, nata e domiciliata in Milano Corso Porta Garibalbi, è di piccola statura e di costituzione fisica gracile e delicata. Menstruata all'età di 17 anni e maritatasi a 30, ebbe il suo primo parto a trentatre. Vuoi per inerzia uterina, vuoi per rigidità delle parti molli associata a qualche ristrettezza delle parti dure, come si verificò più tardi, il parto fu lungo e stentato, in modo che sul finire del terzo giorno deposta ogni speranza che potesse compiersi colle sole forze della donna, venne soprachiamato un chirurgo ostetrico, il quale lo ultimò applicando il forcipe allo stretto inferiore. Soltanto dopo cinque giorni dietro la sortita improvvisa dai genitali di un corpo che la donna credette un grumo sanguigno, ma che indubbiamente doveva essere uno straccio di tessuto mortificato, dessa incominciò a perdere spontaneamente le orine. Due mesi più tardi, previa una visita del non mai abbastanza compianto prof. Lazzati, mi venne da questi gentilmente inviata perchè la esaminassi e provvedessi all'uopo. Per essere breve, trattavasi in questa povera infelice di una doppia fistola; l'una più bassa collocata sulla parte destra superiore del fornice della vagina avente i caratteri anatomici di quelle che Jobert de Lamballe descrisse sotto il nome di *fistole cisto-vaginali uterine superficiali*, in cui il bordo posteriore della breccia vaginale comunicante col bassofondo della vescica, è formato dal bordo stesso anteriore del muso di tinca; questa era infundiboliforme a bordi irregolari e delle dimensioni di un centimetro quadrato.

L'altra fistola invece era più alta o vescico-uterina comunicante direttamente colla cavità cervicale dell'utero, come potè rilevarsi distintamente sia introducendo due sonde, l'una per il meato orinario in vescica, l'altra attraverso il muso di tinca e rilevandone il tinnito metallico in vescica, poi colla iniezione di latte in vescica che si scorgeva distintamente spillare parte dalla fistola inferiore e parte dall'interno dell'utero. Completai l'esame della donna mercè la pelvimetria esterna ed interna, e con entrambi i mezzi mi venne fatto di rilevare che tutti i diametri del suo bacino, tanto dello stretto superiore come dell'inferiore, difettavano di un pollice. Donde si potè spiegare benissimo la lentezza del parto, e la formazione della doppia fistola per la valida e prolungata compressione delle parti molli materne fra la testa e le parti ossee del bacino.

Fatta astrazione dalle parti summentovate, l'utero mantenevasi pervio, abbastanza mobile, ed il labbro anteriore del muso di tinca interposto fra le due aperture morbose molto accorciato e consistente. La vagina pure, per quanto lo permetteva l'angustia della pelvi, era abbastanza dilatabile e flessibile. Laonde non opponendovisi delle controindicazioni assolute progettai di provvedere ad entrambe le fistole colla ordinaria cucitura, col processo americano per la prima, e coll'occlusione della bocca dell'utero per la seconda.

La prima operazione, previo un trattamento analeptico e ristorante della donna, venne eseguita il 21 ottobre 1868. Collocata l'inferma nella posizione sacro-dorsale propugnata da Simon e messa bene in luce la fistola più bassa o vaginale mercè lo speculo di Sims con qualche dilatatore della vagina, cruentai ampiamente tutto il contorno della fistola attaccando, come è naturale, il bordo anteriore del muso di tinca, il quale mercè cinque punti di cucitura metallica applicai esattamente a guisa di opercolo contro l'apertura anormale inserendolo sulla vagina. Rimessa la donna a letto senza siringa in vescica, dopo 10 giorni rimossi i punti metallici, riscontrai la perfetta chiusura della fistola. Questo risultato se fu per me di molta

soddisfazione trattandosi della mia prima operazione di questo genere, arrecò ben poco vantaggio alla donna persistendo la fistola superiore o cisto-uterina.

Forse l'unico effetto benefico che ebbe la donna da questa prima operazione e che non osservai con eguale evidenza nelle altre donne da me operate per fistole orinose, si fu la sensibilissima diminuzione di orina evacuata nella giornata.

Nel mentre dapprima inzuppava del detto liquido dalle venticinque alle trenta lenzuola al giorno, subito dopo la chiusura della fistola cisto-vaginale, lo stillicidio si ridusse a meno della metà. Tale diuresi strabocchevole dipendeva da una speciale condizione morbosa dei reni della donna, o piuttosto era effetto di una permanente irritazione esercitata sui reni stessi dalla presenza delle due fistole? Io inclinerei ad ammettere questa seconda causa dal semplice fatto che l'effetto ne fu quasi immediato, e la donna sommamente emaciata e tabida potè in breve tempo ristabilirsi nelle forze e riacquistare una sufficiente salute.

Il miglioramento fu tale che due mesi dopo, cioè il 18 dicembre dello stesso anno, tentai l'occlusione della bocca dell'utero mercè la cruentazione ad infundibolo della superficie interna delle due labbra del muso di tinca, e colla loro riunione mediante quattro punti di cucitura metallica. Ma sia per la deficiente cruentazione, sia per la data ancor troppo recente della prima operazione fatta nelle vicinanze e avente per substrato lo stesso labbro anteriore del muso di tinca, l'operazione questa volta non sortì l'esito desiderato per modo che la Salvi non senza qualche miglioramento della sua infermità venne dimessa sullo scorcio dell' anno conservando tuttora la fistola uterina. Dopo diciotto mesi dirigendo io ancora il comparto femminile della Concezione, la Salvi, dietro mio invito, si indusse a ritentare la prova dell' occlusione dell' utero che fu da me eseguita il 7 luglio 1870. Questa volta l'operazione forse eseguita sotto migliori auspicii e che descriverò più avanti, fu coronata da un esito felicissimo. I punti metallici in numero di cinque vennero al decimo giorno diligentemente ricercati e

rimossi perchè non occorresse a me quel fatto già osservato nel 1864 da James Laune di Londra di una donna a cui per fistola uterina aveva praticata l'occlusione della bocca dell'utero, ma che per la trafila di un punto metallico rimasto dimenticato, essendosi mantenuta la comunicazione della cavità dell'utero coll'esterno ebbe luogo un successivo concepimento che distrusse più tardi spontaneamente l'opera benefica del chirurgo. Anche in questa terza operazione sostenuta dalla Salvi non fu collocata la siringa a permanenza in vescica, e malgrado questo non vi furono accidenti di sorta, talchè la donna sortì perfettamente guarita il 24 luglio successivo dopo soli 14 giorni di degenza nell'ospitale.

Come era naturale, io tenni questa donna in osservazione per sapere cosa avvenisse della menstruazione che non era più ricomparsa da due anni dopo il parto che le fu causa di tanti guai.

Secondo il concetto di Jobert de Lamballe e a norma di ciò che è già stato osservato nei pochi casi finora conosciuti di occlusione dell'utero per fistola vescico-uterina, la menstruazione avrebbe dovuto ricomparire per il tramite della vescica e del meato orinario mista alle orine. E questo è appunto quello che avvenne nella Salvi appena trascorsi due mesi dall'ultima operazione, e che tuttora si ripete colla massima regolarità in tutti i periodi catameniali senza che e dalla parte degli organi genitali interni, e dalla parte della vescica, vada soggetta ad alcun disturbo o sofferenza di sorta. Questa osservazione, a parer mio, è sommamente importante ed istruttiva per la duplicità delle lesioni, per la conferma del fatto la prima volta annunciato da Stoltz, che le fistole vescico-uterine tengono dietro a parti lunghi e stentati per ristrettezza del bacino e in particolar modo dello stretto inferiore del medesimo, e finalmente per le difficoltà operatorie che si dovettero superare e delle quali l'arte con singolare pertinacia è riuscita a trionfare.

Osservazione II. — *Fistola cisto-vaginale da lacerazione del setto all'atto del parto. — Vaginorafia col metodo ameri-*

cano. — *Successo completo.* — Casartelli Margherita, contadina di Caslino d' Erba, d'anni 35, di robusta e sana costituzione: non ebbe mai malattie nella prima età, fu menstruata a 18 anni, e maritatasi a trenta, ebbe subito un parto felicissimo senza lasciarle alcuna conseguenza. Sullo scorcio dell' anno 1868 e 33.° d'età rimasta incinta una seconda volta, ebbe un secondo parto per l'estremità podalica. Racconta la donna che il parto fu breve e poco laborioso, chè le contrazioni furono regolari e continue, ed il feto di piccola dimensione tuttochè a termine. Solamente che al disimpegno della testa, essendosi questa in un col braccio destro uncinata contro la sinfisi del pube, la levatrice fu costretta a compiere il parto mercè l'introduzione di due dita per isvolgere il braccio dapprima e per far eseguire al capo il movimento di flessione.

Durante questa manovra che fu brevissima e con pieno risultato, la donna provò la sensazione come di qualche cosa che si squarciasse nelle sue parti genitali, e contemporaneamente vi tenne dietro un umore che sulle prime si scambiò per acque posteriori, ma continuandone la sortita anche dopo il secondamento si riconobbe per orina.

Riconosciuta una lacerazione del setto cisto-vaginale venne verso la metà dell' anno successivo 1869 inviata all' Ospedale Maggiore di Milano, ma poi dimessa poco dopo comecchè giudicata incurabile. Assunta l' anno appresso 1870 la direzione di quello stesso comparto femminile, la Casartelli veniva il giorno 3 di giugno dietro mia esortazione rinviata all'Ospedale per tentare la cura radicale della sua infermità. Questa consisteva in un'ampia fessura longitudinale del setto cisto-vaginale della lunghezza di ben quattro centimetri e della larghezza di un centimetro, e che si estendeva dal centro della vagina ad un centimetro dall' inserzione di questa al collo dell'utero. Del resto le parti genitali esterne ed interne non presentavano alcun che di rilevante; la vagina era ampia e facilmente distensibile, il muso di tinca, tuttochè frastagliato in alcuni punti, molle e ben pronunciato, e quel che più importa i bordi della

soluzione di continuità erano molli, flessibili, sì da lasciarsi avvicinare facilmente mercè la pinzetta, il che indicava non esservi stata in origine alcuna perdita di sostanza. Il giorno 9 dello stesso mese di giugno, previa un po' di cura preparatoria, fu da me operata col processo originario di Marion Sims, colla sola differenza che la donna, anzichè nella posizione laterale sinistra propugnata da questo autore, venne collocata nella posizione sacro-dorsale prescelta da Gustavo Simon. Premessa la cruentazione secondo i precetti del chirurgo americano, furono posti otto punti metallici, e subito dopo rimessa l'operata nel suo letto le venne applicata la siringa metallica (modello Sims a lettera S) a permanenza in vescica. Non vi ebbe alcun accidente di sorta; la donna tollerò assai bene la siringa, e dopo dieci giorni levati i punti si riconobbe la soluzione di continuità perfettamente cicatrizzata sulla linea della sutura. L'esito felice fu constatato mercè l'iniezione di latte tiepido in vescica: si lasciò ancora per cinque giorni la siringa in vescica, poi rimossala definitivamente, si rinviò la Casartelli a domicilio perfettamente guarita. Da notizie raccolte dappoi mi risultò che dopo un mese dalla subita operazione ricomparvero nella Casartelli le mestruazioni di cui non aveva avuto più alcun sentore dall'ultimo parto, e finalmente non serbò altro ricordo della sua infermità se non nella poca tolleranza rimastele per qualche tempo a trattenere le orine in vescica, sì da essere costretta a mingere di sovente durante la giornata. La robusta e sana costituzione della donna, lo stato lodevole delle parti genitali, la flessibilità, la mobilità e la nessuna tensione dei bordi della fistola, favorirono senza alcun dubbio l'esito fortunato della cucitura. Se non che in questo caso merita qualche riflesso il modo con cui si è generata la detta soluzione di continuità, e che si scosta di molto dai momenti causali pei quali ordinariamente si produce un tal genere di lesioni.

Infatti non vi fu compressione delle parti molli della donna, e quindi del setto cisto-vaginale contro le pareti del bacino per lunga fermata della testa del feto discesa nell'escavazione,

o per ristrettezza dello stretto inferiore, o per soverchio volume delle parti del feto, o per inerzia uterina.

Che anzi, come racconta la donna, il parto, fatta astrazione dalla posizione del feto, fu facile e breve ed anche quest'ultimo era di mediocri dimensioni. Non vi fu introduzione di istrumenti contundenti, forcipe, uncini, ecc., per ultimare il parto, ma soltanto l'introduzione di due dita per isviluppare il braccio e flettere il capo sul tronco. Laonde bisogna conchiudere, o che la crepatura sia avvennta spontaneamente per lo stato di estrema tensione laterale in cui trovasi la parete anteriore della vagina e posteriore della vescica (che riunite insieme formano il setto cisto-vaginale), quando la testa occupa l'escavazione del bacino, ovvero più probabilmente dall'urto brusco e repentino arrecato forse contro il setto in istato di tensione dalle dita della mammana nell'atto di svolgere il braccio ed abbassare il capo. Questo caso, sul quale io non mi permetto ulteriori commenti attesa la mancanza di altri fatti illustrativi, mi sembra meriti tutta l'attenzione dei chirurgi ginecologi, in quanto che rischiara uno dei punti forse meno studiati della storia di queste lesioni, voglio dire della loro etiologia, sulla quale dominano tuttavia ingiudicate le opinioni le più antiche senza però conoscere ancora quali modalità possono offrire le cause più frequenti ed essenziali nelle diverse contingenze pratiche. Ad ogni modo, quello che si può dire di positivo in linea operatoria si è che questo modo di generarsi della fistola orinosa cisto-vaginale durante il parto, qualunque sia per ora la spiegazione che se ne voglia dare, è sommamente favorevole per la di lei cura radicale consecutiva. Infatti, per la istantaneità e poca efficienza della causa generatrice della lesione, gli organi genitali interni e in particolar modo la vagina e l'utero non subiscono alcun turbamento duraturo, non si infiammano gran fatto, non contraggono morbose aderenze fra loro o cogli altri organi periferici, mantengono la loro mobilità naturale in un con tutti gli altri loro caratteri fisici ed organici, e si prestano quindi facilmente a tutte le manualità volute dall'atto operativo. La

soluzione di continuità praticatasi per distrazione dei tessuti del setto cisto-vaginale è semplice, poco o niente contusa, senza perdita di sostanza, e rassomigliante ne' suoi caratteri fisici alle ferite di taglio o tutto al più a quelle prodotte repentinamente da corpi contundenti.

Laonde subendo le stesse fasi di quest'ultime, sono suscettibili di saldarsi spontaneamente se di piccola dimensione, ovvero per la flaccidità dei loro bordi, attesa la pochezza del tessuto inodulare, il nessun stiramento periferico e il facile loro avvicinamento si prestano egregiamente alla loro riunione mercè i presidj dell'arte, come avvenne nel caso or ora descritto.

Osservazione III. — *Fistola cisto-vaginale uterina superficiale che data da 17 anni per compressione e gangrena del setto al fornice superiore della vagina. — Operazione: esito completo di guarigione.* — Maria De Gasperi Gozzaniga, d'anni 40, nata e domiciliata in Milano, di professione lavandaja, mestruata a 11 anni, si maritò a 19, e subito dopo un primo parto felice rimane incinta una seconda volta, ed ha un parto per la faccia, che per l' incuria di chi lo assiste si continua per tre giorni; ne nacque un bambino maschio assai voluminoso in istato di apoplessia, che dopo pochi istanti morì. Dopo 5 giorni di puerperio la donna si accorge di perdere involontariamente le orine, e da 17 anni essa non ebbe più alcuna evacuazione spontanea. In questo intervallo di tempo non cessarono le menstruazioni tuttochè irregolari; che anzi, come se nulla di morboso vi fosse nell'apparato genito-urinario, la donna generò altri cinque figli ad intervalli più o meno lunghi, e finalmente a trentasette anni compiva il suo tributo di madre con un aborto. Ricoverata il giorno 25 luglio 1870 nell' Ospedale di Milano, Sala Concezione, riconobbi la causa della perdita delle orine in una fistola circolare della dimensione approssimativa di un centimetro quadrato, risiedente nel mezzo del cul di sacco formato dalla vagina alla sua inserzione sul labbro anteriore dell'utero, e che per la sua sede io qualificai per una fistola cisto-vaginale uterina superficiale, il di cui bordo

posteriore era formato dal labbro stesso interiore dell'utero che in questo caso era piccolo, raggrinzato e di una consistenza coriacea. Il resto però dell'utero e la vagina presentavano caratteri normali; anzi quest'ultima era così ampia e flessibile da formare colla sua parete anteriore delle falde che mascheravano completamente il foro fistoloso. Malgrado l'altezza di quest'ultimo, pure colla posizione sacro-dorsale in cui viene collocata la donna e collo speculum di Sims, avvalorato da un uncino che dispiega la parete anteriore della vagina, si viene ottimamente a metterlo in vista. Cruentatone tutto il contorno comprendendo necessariamente la faccia anteriore del bordo dell'utero, ne provocai con quattro punti metallici la riunione che riescì a meraviglia, come lo provò la injezione di latte fatta subito dopo in vescica, e dalla quale non sortì alcuna stilla attraverso la rima della cucitura. Applicai la siringa a permanenza in vescica, ma non venne tollerata, e malgrado ciò la donna orinò spontaneamente per il meato orinario; e dopo dieci giorni levati i punti si ritrovò il coalito perfettamente riuscito. In tal modo la Gozzaniga riacquistò la funzione perduta da 17 anni se si eccettui un tantino di intolleranza della vescica, che persistette qualche tempo alla lunga presenza dell'orina, il che io credo comune a tutte le operate di questo genere e specialmente in quelle che portarono questo vizio da lunga mano. L'osservazione presente è sommamente importante perchè prova due cose: l'una che la presenza di fistole genito-urinarie con perdita involontaria anche totale delle orine non è sempre incompatibile colla continuazione delle funzioni genitali della donna; ma che in molti casi, che non sono rarissimi, possono queste non solo persistere ma dare anche dei frutti senza che gli organi genitali da una parte e l'apertura fistolosa dall'altra risentano qualche reciproca influenza.

Resta a vedersi se queste aperture fistolose che si mantengono da lungo tempo possono subire durante il periodo di attività degli organi genitali femminili, ovvero più tardi durante la menopausa, delle modificazioni ulteriori anatomiche capaci

di restringerne sensibilmente il lume od anche di obliterarlo completamente. A questo quesito io non saprei che rispondere per mancanza di osservazioni proprie, nè tampoco trovai negli autori che si occuparono ex-professo di questo argomento alcunchè che metta sulla strada per il di lui scioglimento. L'altra cosa degna a rimarcarsi nel caso della Gozzaniga, risguarda la facoltà che la vescica orinaria rimasta vuota, inerte e coartata sopra sè stessa per mesi ed anche per molti anni, mantiene di riprendere la propria funzione, cioè di lasciarsi distendere novellammente dalle orine e di serrarsi sulle stesse a periodi più o meno lunghi appena venga chiusa artificialmente l'apertura preternaturale che ne aveva sospesa la funzione. Donde cade da sè l' opinione di quegli autori, i quali appena praticata la cauterizzazione o la cucitura della fistola orinosa consigliano l'applicazione immediata della siringa a permanenza in vescica per eliminare le orine che mano mano discendono dagli ureteri, ed impedire che la vescica orinaria non più avvezza a risentire a lungo la presenza dell'orina e a lasciarsi da essa distendere, venga presa da contrazioni spasmodiche capaci di turbare il felice andamento della cura consecutiva e di far fallire l'operazione. Nè meno infondato è l'avviso di qualche altro autore, che nella lunga data del vizio vorrebbe trovare una controindicazione ad ogni tentativo di cura radicale del medesimo, nella grave tema, non dilatandosi abbastanza la vescica, di convertire un'enuresi senza grandi patimenti attraverso ad un'apertura preternaturale in un'enuresi spasmodica per la trafila del canale uretrale. Il caso della Gozzaniga prova all'evidenza che sotto questo punto di vista cioè della data antica del vizio, non vi ha alcuna controindicazione a tentare la cura radicale, a meno che nei casi particolari per le condizioni eccezionali degli organi genitali non solo, ma anche della vescica si possa ragionevolmente presumere che l'operazione radicale della fistola sarà più di danno che di vantaggio alla donna.

Osservazione IV. — *Fistola cisto-vaginale dietro parto*

stentato. — *Vaginorafia.* — *Guarigione.* — Caterina S., d'anni 50, abitante in Milano, è affetta da 18 anni da enuresi completa per una fistola cisto-vaginale generatasi in un secondo parto per sospensione delle contrazioni uterine, ed arresto prolungato del feto nell'escavazione pelvica.

Riconosciuto l' accidente soltanto un mese dopo il parto, le viene tentata la cura radicale mercè le ripetute cauterizzazioni col nitrato d'argento, la siringa a permanenza in vescica ed il tamponamento vaginale, ma tutto inutilmente; talchè la S. abbandona sfiduciata ogni speranza di guarigione, e riprende il suo abituale tenore di vita. Le menstruazioni rimangono sospese per alcuni mesi; ma poi ricompajono, e la donna genera, ad intervalli più o meno lunghi, altri quattro figli. Sopraggiunge la menopausa, ma la fistola orinosa persiste; e soltanto dopo diciotto anni la donna incoraggiata dai miei pochi successi che le sono pervenuti all'orecchio, si decide a ritentare la prova della cura radicale.

All'esame delle parti pudende constatai una fistola corrispondente alla parte centrale della vagina, di forma oblunga, avente un centimetro e mezzo di lunghezza nel senso antero-posteriore sopra un centimetro di larghezza. L'utero e la vagina sono in uno stato normale, anzi quest' ultima essendo disposta a prolassarsi colla sua parete anteriore trascina la fistola in basso in modo da poterla quasi ravvisare all'osculo vulvare. Questa circostanza avvalorata dalle ottime condizioni generali della donna rese assai agevole l'operazione, che fu intrapresa il 18 agosto 1871 mercè l' applicazione di cinque punti di cucitura metallica.

Riposta la donna a letto fu lasciata a sè senza alcuna applicazione di siringa in vescica; l' emissione delle orine ebbe luogo spontaneamente per il meato orinario ad intervalli d'un quarto d'ora o di mezz'ora pei primi tre o quattro giorni, di un' ora e financo di due ore durante la notte nei giorni successivi.

Non vi furono complicazioni di sorta, e al nono giorno levati

i punti metallici alla presenza di varii medici, e fra questi dell'esimio prof. Albanese di Palermo, si constatò il coalito completo della fistola sulla linea della sutura.

La signora riacquistò in brevi giorni la funzione perduta da 18 anni e soltanto le rimase per qualche tempo come postumo della sofferta infermità un tantino di intolleranza alla presenza dell' orina in vescica che la obbligava a mingere di spesso. Potrei fare anche per questa operata le stesse osservazioni come per la Gozzaniga, cioè che la diuturnità della viziatura non toglie alla vescica la possibilità di riacquistare la propria funzione, e quindi viene provato una volta di più che la vescica può non solo dilatarsi di nuovo quando venga obliterata l'anormale apertura fistolosa, ma conservare eziandio nel suo lume una certa quantità di orina per poi evacuarla senza alcun disturbo funzionale per il tramite naturale ad intervalli più o meno lunghi. L'unico riflesso ch'io potrei permettermi circa questo caso che fu coronato dall'esito il più felice, risguarda la condotta che l'operata tenne anche a mia insaputa durante i nove giorni che passarono dalla sutura alla levata dei punti.

Tutti gli autori sono dell'avviso che la donna debba serbare una grande tranquillità nel letto anche nei casi in cui non venga applicata la siringa a permanenza, avvalorata da un rigoroso regime negativo per non disturbare l'azione della cucitura e favorire il coalito. Or bene questa donna non solo si alzò dal letto fino dal secondo giorno per accudire alle sue bisogna di casa, ma fece ogni sorta di disordini sì da essere costretto talfiata di redarguirla con qualche severità e metterla sull'avviso di un esito meno che fortunato. Eppure l'operazione riuscì ottimamente; questo fatto dimostra in genere che la cura radicale delle fistole cisto-vaginali intrapresa colle norme del processo americano è per sè il più delle volte una cosa innocentissima, specialmente nelle condizioni anatomiche favorevoli in cui si trovano molte donne. Tale considerazione dovrebbe contribuire a vincere quella ripugnanza da cui pur troppo sono dominate molte femmine che portano da lunga mano questa

deplorabile infermità, eppure non sanno decidersi a liberarsene per la tema di pericoli immaginarii o di conseguenze peggiori del male.

Osservazione V. — *Fistola vescico-vaginale-centrale posta in direzione traversale. Operazione: successo completo.* — Brusa Cristina di Legnano, d'anni 36, venne accolta nell'Ospedale Maggiore di Milano e collocata in Sala Concezione il dì 30 dicembre 1874, per incontinenza d'orina da fistola cisto-vaginale. Interrogata la donna raccontò che dopo aver figliato per ben cinque volte con esito felicissimo, ebbe cinque mesi prima del suo ingresso nell'Ospitale un parto lungo, stentato, assai laborioso per insufficienti contrazioni uterine, e volume assai ragguardevole della estremità cefalica del feto. Il travaglio dopo la durata di cinquant'ore si compì colle sole forze della natura, ed il puerperio fu relativamente felice; solamente che otto giorni dopo il parto dietro la sortita dai genitali di un piccolo straccio carnoso, come dessa si espresse, assai fetente si accorse di perdere involontariamente le orine, e da quel giorno non ne trattenne più una goccia in vescica. La donna in discorso era di sana e robusta costituzione: ben conformata di bacino offriva all'esplorazione vaginale un'apertura anormale proprio nel centro del setto cisto-vaginale, infundiboliforme, i di cui diametri misuravano tre centimetri nel senso trasversale e due e mezzo nel verticale; attraverso ai bordi della fistola faceva ernia, specialmente nella posizione verticale della donna, una piccola piega della mucosa vescicale. Del resto la vagina era ampia, flessibile, ed una falda della sua parete anteriore mascherava l'apertura fistolosa. Premessa la opportuna cura preparatoria, e collocata la donna nella posizione sacro-dorsale, la più opportuna per mettere in evidenza l'apertura fistolosa, feci passare un'ansa di filo sulla piega della mucosa che occultava quest'ultima, per modo che esercitando una leggiera trazione all'avanti la fistola da trasversale che era presentò il suo massimo diametro nel senso verticale o antero-posteriore.

La cruentazione praticata col bistorino lanceolato diede per risultato un imbuto di forma elittica diviso esattamente in due parti simmetriche, anteriore e posteriore, dalla rima della fessura; queste due parti rallentato il filo e cessata la trazione, si applicarono esattamente l'una sull'altra. Applicai quindi sei punti di cucitura metallica, che alla prova del latte injettato in vescica attraverso il meato urinario tennero benissimo lasciandone trapelare nemmeno una goccia. Rimessa la donna nel suo letto e lasciatala senza siringa in vescica, dessa passò il primo giorno abbastanza bene; ma poi forse per la reazione eccessiva susseguita alla località operata vennero in scena dei dolori con un senso di tensione alla regione ipogastrica accompagnati da nausea e leggiera vomiturizione, poi tenesmo vescicale e finalmente vera iscuria. Delle ripetute mignattazioni agli inguini, cataplasmi laudanizzati sul ventre e l'applicazione della siringa di Sims in vescica mitigarono in breve tutte queste sofferenze, le quali però preludiano ad un cattivo successo dell'operazione. Infatti al sesto giorno levato il catetere m'accorsi che la donna perdeva in totalità l'orina dalla vagina; cercai di rimettere il catetere una seconda volta, ma la paziente ne diventò insofferente sì da obbligarmi a levarlo di nuovo e lasciare che le orine riprendessero la loro via anormale primitiva. Nella ferma persuasione di un esito sfortunato dell'atto operativo non mi curai di levare i punti metallici, come era mio costume, verso il decimo giorno; e soltanto verso il quindicesimo applicato lo speculo constatai non senza meraviglia, che gli anellini mettallici erano bensì rallentati e pendenti dai bordi della ferita, ma questi ultimi erano tuttora esattamente applicati l'uno appresso all'altro, come se l'operazione fosse stata eseguita in quell'istante. Mercè un'injezione lattea fatta con molta cautela in vescica potei meglio constatare che la sortita a largo getto del liquido si effettuava in un punto solo della rima della cucitura cioè dall'angolo sinistro tuttora pervio, mentre il coalito di tutto il resto della ferita appariva completo. Feci allora la supposizione che il largo imbuto di cruentazione all'ingiro avesse

aderito sui bordi e non già in superficie, il che permetteva all'orina di versarsi in totalità dall'angolo rimasto aperto. Contento di aver procrastinata, tuttochè senza un'idea preconcetta, la rimozione dei punti che forse contribuirono a questo risultato non del tutto fortunato, io mi proponeva di completarlo più tardi o mediante il caustico attuale ovvero coll'applicazione di un punto metallico. Ma la natura assai provvida in questo caso bastò a sè stessa, chè per il probabile inosculamento dei bottoni carnei delle superficie cruentate favorito dalla graduale coartazione delle medesime, le orine cominciarono a colare in minore quantità dalla fistola e poi ripresero in totalità la loro via naturale. Tutto questo lavorio ebbe il suo compimento in altri quindici giorni, per modo che la donna dopo una penosa alternativa di speranze e di delusioni sortì perfettamente guarita dall'Ospedale i primi del successivo Febbraio, 30 giorni dopo la subita operazione.

La presente osservazione mi sembra molto istruttiva nel senso che mette sull'avviso i chirurghi nei casi di operazione supposti falliti di non affrettarsi di troppo a togliere i vincoli artificiali che tengono applicati l'un sopra l'altro i bordi della fistola. Se anche questi ultimi non aderiscono subito di primo acchito per coalito, non è tolta affatto la probabilità che possano ancora più tardi cementarsi insieme per granulazione, qualora però non si disturbi un tale lavorio con degli atti esploratorii intempestivi.

Osservazione VI. — *Fistola cisto-vaginale verticale da lacerazione col forcipe durante il parto — Vaginorafia: Guarigione.* — Alippi Teresa, di Cologno Milanese, d'anni 40, venne accolta nell'Ospedale Maggiore di Milano, il giorno 19 Novembre 1875 e collocata nella Sala Annunziata in allora da me diretta, per incontinenza d'orina da fistola cisto-vaginale. L'Alippi quantunque a prima giunta non offrisse l'aspetto della miglior salute, dichiarò di non aver mai fatta nessuna malattia

di entità; discretamente conformata di corpo, il di lei bacino esplorato ne' suoi diametri non presentava alcuna sensibile anomalia.

Interrogata sul modo con cui avvenne la presente deformità, dessa narrò che maritatasi all'età di 35 anni ebbe soltanto quattro anni dopo un figlio. Il parto andando molto per le lunghe, e la testa essendosi arrestata sul piano perineale e non potendo superarla forse per la soverchia rigidità del pudendo esterno, il medico ebbe ricorso al forcipe. Se non che nell'atto istesso di introdurre la prima branca, dessa risentì un dolore vivissimo accompagnato da un senso di squarcio nelle parti interne pudende susseguito immediatamente da sortita di un liquido ch'essa credette sulle prime acqua dell'amnios, ma poi verificossi essere orina mantenendosi lo stillicidio a permanenza anche dopo il parto. La perdita non si faceva egualmente in tutti gli atteggiamenti della persona; nella stazione e quando la donna camminava la perdita era completa; quando giaceva supina invece ne poteva trattenere una certa quantità. Esplorata prima col dito, poi collo speculum di Sims, si riscontrò una breccia che incominciava all'imboccatura interna dell'uretra e si estendeva per tre centimetri al centro del setto cisto-vaginale; i bordi di questa fessura grossi e resistenti erano avvicinati fra loro ed il tessuto della vagina circumambiente si presentava molto flessibile senza alcuna traccia di tessuto inodulare. Tali caratteri della fistola, associati ai due fatti che la donna provò un gran dolore alla prima introduzione della branca del forcipe alla quale tenne dietro immediatamente lo scolo dell'orina, indussero la certezza che tale soluzione venne provocata dalla mano istessa del chirurgo nell'atto di applicare impropriamente la branca della tenaglia ostetrica.

Questo modo di prodursi delle fistole cisto-vaginali è abbastanza frequente fra noi specialmente nelle campagne ove l'educazione ostetrica dei medici condotti è assai limitata; tanto è vero che sopra i pochi casi da me osservati, due ne potei contare generati per questa causa. Sotto questo punto di vista

non posso essere del tutto concorde con Labbé (Lecons de Clinique Chirurgicale par Leon Labbé, pag. 231) il quale nelle sue lezioni cliniche, da poco pubblicate, sostenne la tesi che l'azione del forcipe rozzamente adoperato produce, molto meno frequentemente di quello che si crede presso gli autori, le fistole uro-genitali.

Dopo di aver citato le statistiche di Andrade che sulla cifra di 68 casi ne annovera 67 per compressione e gangrena delle parti genitali consecutiva al parto, ed una soltanto per causa traumatica, e quella di Monteros di 113 sopra 121, Labbé è d'avviso che il forcipe non può produrre una fistola vescico-vaginale che esercitando una pressione diretta sui tessuti, e questa pressione in seguito ai movimenti che si imprime all'istrumento si esercita in modo intermittente sopra i diversi punti del condotto vaginale: si aggiunga a ciò che le branche dell'istrumento sono applicate il più sovente nel senso trasversale, cioè nel senso ove esiste il maggior spazio fra la testa del feto e la cintura ossea. Questi riflessi dell'illustre clinico parigino sono assai giudiziosi, ma peccano, a mio avviso, di soverchio dogmatismo. È bensì vero che la rottura del setto cisto-vaginale riuscirebbe assai difficile per non dire impossibile qualora l'applicazione del forcipe fosse sempre fatta con tutte le regole prescritte dall'arte, premettendo cioè l'introduzione delle dita dell'una o dell'altra mano che lunghesso il tramite vaginale superino l'orificio uterino, e facendo percorrere alle branche del forcipe una opportuna direzione secondo gli assi del bacino. Con queste norme le dita della mano, nel mentre tracciano la strada da far percorrere all'istrumento, proteggono la parete vaginale ed il collo uterino contro qualsivoglia urto che l'istrumento vi potesse esercitare. Se appunto il chirurgo non osserva queste norme, e che, ommessa l'introduzione della mano, esso entri a casaccio colla branca del forbice senza farle percorrere la linea curva prescritta, va a urtare contro la parete anteriore della vagina e per poco che spinga con violenza squarcia di botto il setto cisto-vaginale.

Questo fatto avviene in particolar modo quando la testa già calata sul piano perineale occupa l'escavazione della pelvi. In questa posizione il setto cisto-vaginale si trova in uno stato di estrema tensione e offre quindi per così dire maggior presa agli urti dell'istrumento contundente; e d'altra parte il chirurgo inesperto, vista l'estremità cefalica affacciarsi all'osculo vaginale e reputando così assai agevole il compiere il parto artificialmente, vi applica sopra il forcipe alla bella e meglio senza punto curarsi delle regole necessarie all'uopo. Fatta questa breve digressione che mi è sembrata importante per mettere una volta di più in evidenza le sgraziate contingenze che possono occorrere nel parto artificiale male eseguito, ritorno al caso pratico in discorso. Trovandosi la donna in uno stato lodevole di salute con nessuna complicazione nè locale nè generale che potesse controindicare un tentativo di cura radicale mediante la sutura, mi accinsi ad operarla tre giorni dopo il suo ingresso nell'Ospitale.

Messa la donna in posizione sacro-dorsale ed applicata un' ansa di filo sull'estremo confine anteriore della fessura onde meglio tenderne i bordi, praticai un'ampia cruentazione che attesa la direzione della fistola riuscì sommamente facile e completa, e vi applicai otto punti di sutura metallica. Messe a mutuo contatto le superfici dell'imbuto cruentato mediante l'attorcigliamento dei fili, volli coll'injezione di latte in vescica constatare se l'aggiustamento dei bordi era riuscito con esattezza. Questa prova mi fece subito accorto di un accidente insorto durante l'operazione che, passato inavvertito, avrebbe costato dei guai alla paziente e compromesso eziandio l'esito dell'operazione. Nell'introdurre la cannula di gomma elastica in vescica m'avvidi che quest'ultima era obliterata dal primo punto metallico che approfondato di troppo nello spessore del setto ne aveva compresso gran parte del suo lume. Ho accennato questo fatto per sè di poca entità, ma che tuttavia può occorrere nella pratica di cotesta delicata operazione in cui una minima circostanza trascurata, un minimo errore può de-

cidere sull'esito più o meno felice della stessa. Rimosso il punto e introdotta agevolmente la cannula in vescica, potei compiere felicemente il mio esperimento. Collocata la donna nel suo letto senza siringa in vescica, dopo due ore potè mingere spontaneamente per le vie naturali con nessuna difficoltà senza punto perderne una stilla dalla vagina. Dopo nove giorni dall'operazione, levati i punti metallici, si riscontrò la larga breccia della vagina comunicante colla vescica perfettamente cicatrizzata. Anche in questa donna, come nell'altra operata che formò argomento della seconda Osservazione, rilevai la stessa facilità dell'atto operativo e la nessuna sofferenza per parte degli organi genito-urinarj dopo la sutura, talchè la donna potè mingere colla stessa facilità e ad intervalli abbastanza lunghi subito dopo l'operazione come se ai detti suoi organi non fosse giammai stata arrecata alcuna jattura di sorta. Tutto questo viene a confermare quanto io già dissi nella summentovata seconda Osservazione che il modo cioè dell'offesa, la semplicità del processo morboso consecutivo al trauma, le condizioni anatomiche della lesione che ne risulta e che si estrinseca con una semplice soluzione di continuità con poca o nessuna perdita di sostanza, generano un insensibile turbamento nella compage fisiologica di detti organi, per cui non arreca meraviglia che col ripristino artificiale della loro continuità dessi riprendano integralmente la loro funzione.

Osservazione VII. — *Fistola cistovaginale consecutiva a parto. Operazione col processo Corradi — Successo completo.* — Balducci Gertrude, di Firenze, d'anni 30, venuta a Milano per affari di famiglia, desiderò consultarmi per una incontinenza d'orina a cui andava soggetta, che fino allora era rimasta ribelle a qualsivoglia argomento terapeutico. Interrogatola sulla causa di cotesta sua infermità mi narrò che sei mesi prima aveva avuto un parto assai laborioso, e che era stata costretta di invocare l'ajuto di un distinto ostetrico della città, che applicato il forcipe sulla testa da lungo tempo impegnata al distretto inferiore la liberò in un istante. Dopo alcuni giorni che la

signora non seppe ben precisare, cominciò a perdere orina, e la perdeva tuttora involontariamente, malgrado che l'ostetrico stesso che l'aveva operata la andasse rassicurando che tale perdita proveniente da debolezza del collo della vescica in causa del parto si sarebbe poi col tempo dissipata. Pare che a quella persona dell'arte tuttochè distintissima non venisse pure in mente che quella enuresi poteva essere l'effetto di una perforazione anormale del setto cisto-vaginale prodotto dal lungo soggiorno della testa del feto nella escavazione del bacino.

Il fatto sta ch'io, esploratala, riscontrai una fistola centrale imbutiforme della dimensione di un mezzo centimetro quadrato a bordi grossi e rovesciati all'infuori: la vagina ampia e flessibile, utero normale. Avendo avuto poco prima nelle mani e letto con molto interesse gli studj clinici sui restringimenti uretrali, sulla cistotomia e sulle fistole cisto-vaginali del professore Corradi di Firenze, non mi parve vero di approfittare di questo caso pratico, così favorevole, per esperire la prima volta l'apparecchio istrumentale da quel valente chirurgo immaginato per la operazione appunto delle fistole uro-genitali. Applicai lo specolo articolato pel quale scelsi la cucchiaja di maggior dimensione; la donna essendo assai docile l'istrumento rimaneva in posto assai bene e permetteva a meraviglia la veduta della fistola. Data poi una direzione trasversale alla stessa mediante l'uncino doppio sospensorio vescico-vaginale applicai con qualche stento gli aghi doppii foggiati a forchetta in direzione paralella ai bordi della fessura; e, sottopostavi la pinzetta a rachetta di cui strinsi le branche, procedetti alla cruentazione. Questa non riuscì sufficiente su tutto il contorno della fistola, chè non avendo per difetto di esperienza collocati gli aghi sul medesimo livello la cruentazione in alcuni punti riuscì della dovuta profondità, in altri troppo superficiale; per cui ho dovuto provvedervi mediante le forbici laterali di Rauzmaun. L'ultimo tempo dell'operazione, cioè la cucitura mediante quattro punti metallici applicati cogli aghi tubulati dello stesso

autore, riuscì abbastanza regolarmente e con una discreta rapidità. Fatto l'esperimento del latte, si vidde che la cucitura faceva ottimamente il suo ufficio. Anche in questa operata non si mise cannula in vescica a permanenza; nessun accidente tranne la mestruazione venne a disturbare la cura consecutiva, e dopo nove giorni levati i punti metallici si trovò la fistola perfettamente cicatrizzata.

(Continua).

Una storia di Ovariotomia

PER IL

DOTT. G. CAMAGNA

Rosa C., nubile, d'anni 45 è di costituzione non troppo robusta, benchè non abbia mai sofferto gravi malattie. La prima comparsa della mestruazione ebbe luogo a 17 anni, e si mantenne regolare nel periodo e durata fino al termine del 1877.

Essa abita a Torbi, località montuosa del comune di Ceranesi. Non sa dire esattamente a quale epoca rimonti lo sviluppo del suo ventre, che verso il termine del 1877 incominciò ad attirare la sua attenzione, anche per la irregolarità della mestruazione. Però fin dal mese di novembre del 1874 chiamato a soccorrerla per forti dolori addominali io aveva constatato la presenza di un piccolo tumore come un arancio, per cui io l' aveva consigliata che alzandosi da letto venisse a farsi visitare e non la rividi se non a maggio 1878, epoca nella quale per la gonfiezza enorme del ventre molto impensierita venne a consultarmi. Salvo lo sviluppo considerevole del ventre non potei constatare alcuno dei segni razionali o fisici che fanno pensare alla gravidanza. Palpando l'addome, esso è pieno di un grosso tumore delle dimensioni di un utero al termine della gravidanza, fluttuante in tutti i punti, alquanto assimmetrico per una gibbosità in alto ed a destra; allo spazio ileo-lombare d'ambo i lati si ha risonanza perfetta. Il riscontro alquanto difficile, per la presenza dell'imene fa riconoscere il collo dell'utero piccolo, duro, spinto in alto e contro il pube. Lo spazio del Douglas è perfettamente libero. — La cavità dell'utero misura 55 mill., l' utero è libero ne' suoi movimenti, i

movimenti impressi al tumore non trasmettono alcuna scossa alla sonda. Con ciò io affermai trattarsi di una cisti ovarica. Restava a sapersi di qual natura fosse la cisti, e se qualche complicanza esistesse.

La presenza della fluttuazione, chiara in tutti i punti del tumore, la mancanza assoluta di masse solide, la trasmissione istantanea della sensazione dell'impulso della fluttuazione alle parti opposte, non solo riusciva ad escludere che si trattasse di un tumore misto, ma eziandio che la consistenza del liquido fosse colloidea o più o meno vischiosa.

In tutti gli esami fatti cercando di isolare le pareti addominali dalla massa morbosa, di mobilizzare quest'ultima facendo prendere diverse attitudini all' ammalata, come pure facendo fare ripetute e profonde inspirazioni, venni a formarmi l'idea che la cisti fosse libera di aderenze.

Però l'avere avuto quattro anni prima dei dolori intensi all'addome e della febbre poteva far sorgere l'idea che vi fossero stati degli accidenti di peritonite adesiva; ma considerando che ciò erasi verificato in epoca in cui il tumore era piccolissimo e il fatto non erasi in seguito ripetuto, venni ad ammettere trattarsi di una pura coincidenza.

Istituita così la diagnosi di un cistovario semplice, senza aderenze, ritenni subito fosse un caso favorevole all'ovariotomia; e perciò proposi all'ammalata la paracentesi, e qualora il liquido si producesse, l' ablazione della cisti. La paziente indietreggiando al benchè minimo atto operatorio, per più d' un mese provò svariatissimi rimedj, prescritti da vari sanitarj, ma con risultato negativo. Crescendo i fenomeni di compressione, accompagnati da disuria, si decise infine alla puntura, che praticai col dott. Cannanaro.

La puntura fatta sulla linea mediana diede esito a 15 o 16 litri di un liquido citrino perfettamente fluido, l' addome si svuotò completamente, e si sentivano le pareti del tumore flacide e senza alcun indurimento. Il liquido estratto si coagulava in totalità coll'aggiunta dell'acido nitrico e si ridiscioglieva in

parte coll'acido acetico; era quindi costituito di albumina e paralbumina.

Il versamento a poco a poco si rinnovò e dopo un mese la cisti aveva acquistato quasi il volume primitivo; allora fu accuratamente visitata dai dottori Ansaldo e Cristofoli, i quali dopo un esame diligente, proposero alla paziente l'operazione, che non fu accettata se non dopo tre altre punture successive, che dovetti eseguire a poco intervallo. La paziente convinta dell'incurabilità della malattia desiderava infine ardentemente l'operazione, che fu praticata li 2 ottobre 1878.

Atto operatorio. — I signori dottori Ansaldo, Bottero, Cristofoli, Danesi assistevano all'operazione e mi prestarono valido ajuto; il dott. Ramorino venne incaricato della cloroformizzazione ed il dott. Venco di tenere incandescente il termocauterio.

Vuotata la vescica ed essendo profondamente cloroformizzata l'ammalata, un'incisione è fatta sulla linea mediana, che partendo a un cent. e mezzo al di sopra della cicatrice ombellicale e contornandola a sinistra va a terminare a un cent. al di sopra del pube.

I tessuti sono incisi strato strato fino al peritoneo, che è diviso con tutta cautela sulla scorta della sonda scanalata.

La cisti si presenta così fra le labbra della ferita, e viene punta con un grosso trequarti ed in pochi secondi viene svotata di tutto il liquido, che ascendeva a 17 litri, e grado grado che la cisti si vuotava, con dolcezza veniva tratta fuori.

Allora incominciò a presentarsi un'aderenza nastriforme che aveva attacco sulla porzione superiore posteriore della cisti; la vegetazione stretta con due fili sottilissimi è sezionata e si fissa all'angolo superiore della ferita. Una mano introdotta a piatto fra il tumore ed il peritoneo per assicurarsi se altre aderenze esistessero fa riconoscere la cisti perfettamente libera, per cui vien tratta fuori in totalità.

Il peduncolo costituito dal legamento largo destro era assai voluminoso; perciò passando l'ago del Cooper all'interno della arteria ovarica, due lacci di catgut sono posti uno superiore e

l' altro in basso e si fa una prima sezione, e questo capo si lascia perduto nel peritoneo. Con accurata dissezione si isola il resto del peduncolo che viene stretto fortemente con filo di seta cerato. La toeletta del peritoneo fu eseguita scrupolosamente, e si passò in seguito alla occlusione della ferita. Il peduncolo che per la brevità non poteva essere tratto fuori dalle pareti addominali, senza un preventivo stiramento, è fissato nello spessore delle pareti stesse per mezzo di due punti di sutura con filo d'argento; un piccolo stuello fu allora interposto fra le labbra della ferita, ed altri quattro punti di sutura profonda e due superficiali sono posti simmetricamente fino alla occlusione completa. Un bendaggio di garza fenicata e flanella a molti capi vien piuttosto strettamente applicato all'addome.

L' operazione, compresa la medicazione, durò un' ora e non fu interrotta nè da vomiti, nè da movimento dell' ammalata, perchè la cloroformizzazione riuscì benissimo, e la paziente si risvegliò facilmente tosto finita l'operazione.

2 Ottobre — 2 pom. Subito dopo l' operazione la temperatura segnava 37 $^{4}/_{10}$, polso 95, resp. 30; alle ore 3 pomeridiane temp. 37 $^{5}/_{10}$, polso 100, resp. 20; alle ore 6 pom. temp. 38, polso 108, resp. 20; alle ore 12 pom. temp. 38 $^{4}/_{10}$, polso 108, resp. 20.

Cateterismo ogni 6 ore. Non prende che ghiaccio, stato generale soddisfacente.

3 Ottobre — ore 8 ant.,	temp. 37 $^{8}/_{10}$,	polso 108,	respirazione 20.
5 pom.	temp. 39	id.	id.
12 pom.	temp. 38 $^{5}/_{10}$	id.	id.

L'ammalata, contro le mie ordinazioni, prende una grossa tazza di latte che gli vien somministrata dalla vecchia madre.

Vomiti delle sostanze ingeste. Si prescrive ghiaccio ed un poco di Champagne. Cateterismo ogni 6 ore.

4 Ottobre — ore 6 ant.,	temp. 37 $^{6}/_{10}$,	polso 104,	respirazione 22.
12 pom.	temp. 37 $^{7}/_{10}$	id.	id.
6 pom.	temp. 38 $^{5}/_{10}$	id.	id.

Dolori intensi all'addome. — Ventre alquanto timpanitico. Si taglia il penultimo punto di sutura perchè strozzato. Estratto lo stuello esce gran quantita di pus comprimendo la fossa illiaca sinistra.

Diagnosi. — Pelviperitonite suppurata.

5 Ottobre — ore 7 ant., temp. 37 $^{5}/_{10}$, polso 108, respirazione 20.

6 pom. temp. 38 $^{6}/_{10}$ id. id.

12 pom. temp. 37 $^{8}/_{10}$ id. id.

Vomiti biliari. — Si permette un poco di latte ghiacciato perchè si sente sfinita. Rifiuta ogni sorta di vino. Un piccolo ascesso si presenta in corrispondenza del 4.° punto di sutura che viene tolto.

6 Ottobre — ore 1 ant., temp. 37 $^{9}/_{10}$, polso 106, respirazione 20.

1 pom. temp. 37 $^{8}/_{10}$ id. id.

Nessun vomito. Ha appetito. — La suppurazione alquanto diminuita — sempre di buona natura. — Non ha nè brividi, nè sudori.

7 Ottobre — ore 6 ant., temp. 37 $^{3}/_{10}$, polso 104, respirazione 20.

9 pom. temp. 37 $^{4}/_{10}$, id. id.

Stato soddisfacentissimo. Mangia di buon appetito. — Beve un po' di Barolo ogni giorno a pasto.

A partire da quest'epoca l'ammalata migliora piuttosto rapidamente, ha buon appetito, i punti di sutura son tutti tolti entro i primi undici giorni e sostituiti dai fili collodionati alla Koeberle.

Però il giorno 13 avvenne un accidente dovuto in gran parte all'imprudenza, che gettò l'ammalata in pessimo stato.

Per isbaglio l'inferma, credendo prendere del brodo, ingojò una quantità, piccola se vuolsi, di una soluzione molto concentrata di acido fenico (25 in 50) da adoperarsi a goccie nell'acqua tiepida per la toeletta della piaga; ciò bastò per portare una faringite e stomatite tossica, per cui la mucosa della

bocca e del faringe si eliminò in larghe falde. Dopo un digiuno quasi assoluto di 5 o 6 giorni ripigliò appetito, ed ai 20 di ottobre si poteva considerare come perfettamente guarita, sia dei fenomeni tossici come dell'ovariotomia, epoca nella quale fu vista dai dottori Cristofoli, Danesi e De-Negri che constatarono la completa guarigione. Il 10 novembre era in perfetta salute.

Riflessioni. — È facile rilevare in questa storia come il diagnostico della specie della cisti e della mancanza di aderenze sia riuscito benissimo, fondandosi specialmente sul palpamento addominale, sulla natura del liquido estratto, sulla libertà dei movimenti della cisti e sull'anamnesi che escludeva pregresse peritoniti.

Un fatto importante in questa storia è che, malgrado una pelvi-peritonite, l'esito della operazione non fu perciò compromesso; e giustamente a proposito fa notare Robert Barnes che la pelvi-peritonite in simili circostanze è piuttosto un esito favorevole, perchè isolando, per così dire, il focolajo morboso impedisce una peritonite generale.

Non si è fatto uso del drenaggio in primo luogo perchè passando molte storie di ovariotomia è facile osservare come dei fenomeni più o meno gravi siano succeduti all' estrazione del drenaggio per la rottura di pseudomembrane, che si depositano intorno al tubo, ed anche perchè si tenne conto della natura del liquido della cisti, e della emorragia leggiera, della mancanza pressochè assoluta delle aderenze e della accurata toeletta peritoneale. Un piccolo stuello di filaccie ci ha reso lo stesso servigio.

Il vomito è stato curato felicemente col digiuno quasi assoluto, un po' di ghiaccio e qualche goccia di vino di Champagne.

Il pezzo anatomico fu inviato al dott. De-Albertis, che mi ha comunicato i seguenti dettagli.

La cisti è a pareti liscie ed elastiche; qualche piccola cisti si nota qua e là sotto la lamina sierosa. L' ampiezza della sezione del peduncolo dà 10 cent. $^1/_2$ nel suo maggiore diametro e 2 nel minore; si notano le boccuccie dei vasi, dei

quali alcuni abbastanza cospicui. — La superficie interna della cisti presenta delle piccole salienze ed anfrattuosità da simulare una placenta, vista per la sua faccia uterina. Lo stroma è costituito quasi esclusivamente di tessuto elastico e connettivo. — La diagnosi anatomica combinava perfettamente colla diagnosi clinica (1).

(1) L'ammalata si era rimessa intieramente di forze, aveva già avute due mestruazioni regolari, quando sorpresa da morbo intercorrente moriva 2 mesi e 20 giorni dopo l'operazione. — Avrei avuto sommo desiderio di poter passare all'autopsia che sarebbe stata più preziosa assai in questo caso di guarigione che nei casi ordinari, ma la distanza dell'abitazione dell'ammalata me lo ha impedito.

UN'OSSERVAZIONE CLINICA

SULL'USO OSTETRICO DELLA PILOCARPINA

PER IL

Dott. B. NICOLINI

Medico assistente alla Clinica Ostetrica della R. Università di Pavia

DIRETTA DAL

Prof. EDOARDO PORRO

N.º 5 del Registro d'accettazione per l'anno scolastico 1878-79. — Il giorno 12 novembre, entra nella Clinica Ostetrica di Pavia, proveniente da Campospinoso, Angela G., d'anni 22, contadina. È primipara, d'abito linfatico: non ha mai subito malattie di qualche conto. Ebbe la prima mestruazione a 13 anni, seguita da altre sempre regolari per quantità, durata (4-5 giorni) e periodo.

Alla metà di marzo ebbe l'ultima mestruazione: non ricorda la data dei primi moti fetali. Non ebbe turbe riflesse nei primi mesi della gravidanza; da due o tre giorni si è accorta di edemi in corrispondenza dei malleoli. Fisionomia aperta, intelligente: integri gli organi dei sensi. Mammelle voluminose e cascanti, scarse di tessuto ghiandolare. Soffio dolce sistolico alla punta del cuore: nulla agli organi del respiro. Utero di forma ovoidea in obbliquità antero-laterale destra, toccante col fondo il 3.º medio sopra ombellicale. Circonferenza ombellicale cent. 98, dalla sinfisi pubica all'ombellico cent. 18, e cent. 36 dalla sinfisi del pube al fondo dell'utero. Parti piccole di feto in alto ed a sinistra, la testa fetale mobile sullo stretto superiore, battito cardiaco fetale nel quadrante inferiore destro, pelvi normale, genitali esterni sani, segmento inferiore molto elevato, spesso, collo uterino lungo cent. 1 $^1/_2$ circa, collocato

molto all'indietro ed a sinistra, rammollato, orificio esterno aperto di tanto da ammettere l'apice del dito esploratore. Arti inferiori leggermente edematosi. Urine di color giallo bruno, della densità di 1030, fortemente acide, contenenti albumina in iscarsa quantità: non si riscontrano elementi renali. — Si fa diagnosi di gravidanza uterina, probabilmente semplice, nei primi giorni del 9.° mese, feto vivo, in presentazione di vertice, posizione destra.

Giorno 19 novembre, edemi alle estremità inferiori in aumento: un po' di cefalea frontale. Urine più ricche di albumina.

Giorno 20, la sera antecedente ebbe epistassi leggera, e che cessò senza alcuna cura. Si fa prendere alla donna del latte condensato, ed acido tannico alla dose di gr. 1 al giorno.

Giorno 23, la donna si lagna di cefalalgia frontale: nessun disturbo visivo, edemi in aumento, urine più ricche di albumina. Cura: la stessa.

Giorno 24, edemi fugaci alle palpebre ed alle mani: si fanno pure edematose le pareti addominali specialmente alla regione ipogastrica. — In vista del progressivo aggravarsi dei sintomi e della inefficacia della cura intrapresa, si venne nella determinazione di affrettare la comparsa delle doglie del parto, sperimentando a tale effetto il cloroidrato di Pilocarpina.

Alle ore 12. 30 pom. del giorno 25 novembre, si pratica una prima injezione ipodermica di cloridrato di Pilocarpina, alla dose di 2 centigr. Dieci minuti dopo l'injezione si avvia abbondante salivazione, la cute della fronte si copre di sudore che poi si estende a tutto il tronco, insorgono tremori muscolari, senso di nausea, non vomiti, nessuna modificazione notevole nello stato della pupilla. Il polso da 88 sale a 100. Mezz'ora dopo l'injezione la donna accusa dolori intermittenti verso il fondo dell'utero e prova la sensazione come di indurimento del ventre. L'esame obbiettivo non permette di constatare vere contrazioni. La scialorrea cessa alle ore 2. 30: il peso della saliva emessa è di gram. 340. L'utero si mantiene in istato di riposo.

Giorno 26, ore 12. 30 pom. Seconda injezione alla dose di 1 centigr. — Gram. 35 di saliva, non diaforesi, nessuna contrazione uterina.

Giorno 27, ore 12. 30 pom. Terza injezione a 2 centigr. Dopo pochi minuti insorgono tremori muscolari, che tosto si dissipano, non diaforesi, non scialorrea, nessuna contrazione.

Giorno 28, ore 3. 40 pom. Quarta injezione di 2 centigr. Dopo 5 minuti si ha suffusione del volto, salivazione, sudore. Dopo mezz'ora una contrazione uterina: trascorsi altri 5 minuti, una seconda contrazione — quindi calma perfetta. Peso della saliva gram. 263.

Giorno 29. Non corrispondendo all'aspettazione la Pilocarpina per via ipodermica, se ne volle esperire l'azione topica. A questo intento alle ore 7 pom. si applica sul collo uterino un tamponcino di bambagia intriso di pomata contenente 4 centig. di nitrato di Pilocarpina. Durante la notte la donna si lagna di cefalalgia frontale — nessuna contrazione.

Giorno 1 dicembre. Verso mezzogiorno la donna accusa molesto senso di formicolio all'arto superiore destro, trova difficoltà ad articolar le parole, poi è presa da vertigine. L'albumina nelle urine è aumentata di molto, ed esaminatone il deposito vi si riscontrano cellule epiteliali dei canalicoli in via di degenerazione adiposa e cilindri fibrinosi jalini.

Giorno 2 dicembre. Risultando inefficace la Pilocarpina a risvegliare le contrazioni uterine, lo stato della donna facendosi sempre più grave, si fece ricorso ad un mezzo più pronto e più sicuro per determinare il travaglio di parto. Si introdusse pertanto fra l'uovo e l'utero una siringa elastica, la quale dopo un tragitto di pochi centimetri nel cavo uterino ruppe le membrane dando esito a molto liquido amniotico. Si ritirava allora il catetere nella speranza che l'uscita dell'idramnios sarebbe stato stimolo sufficiente per determinare l'utero ad entrare in contrazione. Infatti dopo circa mezz'ora, qualche lieve contrazione seguita più tardi da altre più valide e frequenti ci fece certi d'aver ottenuto l'intento. Il parto

avveniva senza alcun accidente alle 9. 30 pom. dello stesso giorno. Il puerperio fu affatto regolare: in terza giornata tanto l'albumina che le forme renali non erano più reperibili nelle urine.

Da questa osservazione risulta convalidato quanto ha scritto il dott. Cuzzi nella sua Contribuzione allo studio ostetrico del Cloroidrato di Pilocarpina, che cioè senza voler negare affatto a questo sale un'azione stimolante sulla fibra uterina, non si è, almeno fino ad ora, autorizzati a concedergli il potere di determinare, da solo, il travaglio di parto. L'azione della Pilocarpina si limitò, nel nostro caso, a determinare l'insorgenza di due sole contrazioni uterine bene constatate, ed è ad osservarsi che la nostra donna era molto infiltrata ed albuminurica, e quasi al termine della gravidanza, e perciò già naturalmente predisposta al parto; queste circostanze dovevano dunque appianare alla Pilocarpina la via per giungere alla meta, e pur questa non fu toccata. Non meno inefficace si mostrò la Pilocarpina usata topicamente: questo almeno mi pare desumibile dal fatto che 4 centigr. di questa sostanza stettero per ben 12 ore in contatto del collo uterino, senza produrre alcun effetto. Nè può dirsi che gli altri osservatori, almeno da noi, siano stati più fortunati: in nessun caso, ch'io mi sappia, si riuscì nello intento, impiegando esclusivamente la Pilocarpina; ma questa dovette essere sussidiata sempre o dalle doccie vaginali, o dall'introduzione di siringhe elastiche, o dall'applicazione dei tubi Tarnier; mettendo poi a carico di tale sostanza i disturbi generali abbastanza notevoli ch'essa produce, quali i vomiti talvolta insistenti e profusi, i tremori muscolari, la scialorrea, ecc., credo di non andare errato pronosticando un poco fortunato avvenire alla Pilocarpina, adoperata come agente ecbolico: e se mi si domandasse se ammetta una virtù elettiva di questa sostanza sulla fibra uterina risponderei negativamente, pronto a ricredermi ove fatti ulteriori mi chiarissero in errore.

Pavia, 13 *gennaio* 1879.

ANCORA UNA PAROLA
SULL'AZIONE ECBOLICA DELLA PILOCARPINA

PER IL

Dott. BERGESIO LIBERO

MEDICO ASSISTENTE ALLA CLINICA OSTETRICA DI TORINO

diretta dal

Prof. DOMENICO TIBONE

Caro Cuzzi,

A leggere le prime osservazioni del Masman e del Schauta sulla virtù ostetrica dell'alcaloide del Jaborandi, parve che un nuovo ecbolico entrasse nella serie che l'ostetricia possiede. Accolto dapprincipio, come in genere le novità tutte, con una premura degna di miglior riuscita, passò tosto al vaglio della critica scientifica che in questi casi si estrinseca colla pratica esperienza. Ne uscì poco bene dalle prime prove, infermo, vacillante, per venir poi quasi ad essere in questi ultimi tempi soffocato dalle prove contrarie che d'ogni donde si accumulano. Come succede sempre in simili contingenze, e ben ricorderai le non lontane esperienze col chinino e coll'acido fosforico in identica questione, parte favorevolmente accolsero il trovato ed accettarono di studiare quanto di vero ci fosse; parte poi poco amanti delle novità, e forse resi scettici già da anteriori tentativi fatti in circostanze consimili, ma per altri mezzi, non se ne curò. Ma vi fu chi andò oltre; chè non ammettendo tosto un'azione per allora in discussione, propose subito, mentre era ancor in fascia, la morte al neonato; e bandì l'ostracismo alla pilocarpina dall'ostetricia, esagerò i danni che avrebbe potuto avere nel profano un mezzo così semplice per

provocare aborto e parto prematuro, chiamò l'autorità delle leggi in tutela, anzi andando oltre, dichiarò responsabile l'ostetrico, che naturalmente deve di natura esserlo, di tutto ciò che poteva accadere; del poco sudore che ne esce dalla donna ne fabbricò un mare, del leggero stato d'adinamia un colasso estremo. Ben ricordi le discussioni che ne nacquero, il velato biasimo gettato contro i pochi prudenti innovatori, non pensando se pei fenomeni stessi fisiologici, fenomeni che possono lasciar traccie palesi, la pilocarpina non poteva entrare fra gli abortivi fraudolenti di maggior uso.

A tranquillizzare costoro, sfortunatamente vengono, come già dissi, l'esperienze negative. La pilocarpina come vero ecbolico capace al punto di condurre l'utero allo sgravio è, può dirsi, inefficace, senza tema d'errare. Ciò che però fu constatato dai più è la contrazione che, injettata ipodermicamente, induce. Per cui le conclusioni della prima Memoria stanno con leggera modificazione in meno. Nel numero scorso degli Archivi, tu egregio amico, parlando dei varii lavori ed esperienze fatte su quest'agente e del mio modo di vedere, modo di vedere che desumevi dal mio scritto, asserivi che a mente mia le due osservazioni ivi riferite dovrebbero porsi tra quelle che dimostrano in quest'alcaloide il potere di condurre un utero gravido inerte alla contrazione ed al parto. Accetto la prima parte. Che l'utero si contragga è un fatto che sta, e molti l'osservarono. Ma però non credo in quella pubblicazione d'essere andato sino al punto di considerarla come capace di provocare il parto. Almeno non fu mia intenzione giungere sino a questo punto capitale. Anzi nelle storie osservo che l'azione della pilocarpina sull'utero è rapida, breve, dura quanto i fenomeni tutti che desta sull'organismo e che cessa quest'azione perchè eliminata tosto dall'organismo.

Le due storie qui unite confermano pienamente questo mio modo di vedere. Rimaneva la speranza d'aver almeno tra le mani un agente sicuro per accelerarlo questo parto, per rafforzarne l'azione debole, agente buonissimo nelle tediose iner-

zie uterine. I fatti del Schauta mi conducevano a ciò. Ma anche qui la clinica scosse le mie convinzioni, e come vedrai leggendo le storie, in un caso d'inerzia diede azione abbastanza incerta. Potrà almeno servire in quei casi in cui il Depaul raccomanda l'uso della segale nel sopraparto? Nei casi in cui s'abbisogna solo d'una più potente e vigorosa contrazione? Nol credo. È troppo passeggiera la contrazione prodotta. E se si esperimentasse col tocodinamometro credo che non darebbe un coefficiente di forze uguale ad un'ordinaria contrazione. Rimane l'esperirlo dopo il parto, nelle emorragie da inerzia post partum. Ma e se non agisce? E se alle conseguenze della perdita di sangue noi ancora aggiungiamo quelle derivanti dall'azione fisiologica della pilocarpina?

Comprenderai che queste mie osservazioni sono poco atte a cementare in me quella fiducia che altri potrebbe avere. V'era ancora l'esperimento nella gravidanza. Disporre d'un mezzo che rapidamente toglie di mezzo certe complicazioni gravi, come la mancanza della funzione renale, l'albuminuria nella nefrite, l'edema cerebrale qual produttore dell'accesso eclampsico, e varie altre che questo non è il tempo d'accennare. Ma, tu ben sai come la teoria facile del Traube e del Jaccond dell'edema va perdendo terreno. L'uremia invece ne acquista. Pur troppo che una sottrazione d'urea capace al punto d'ovviare ai serii inconvenienti che l'accumulo di questa produce nel sangue, per la via della pelle è difficile lo spiegarlo e l'ottenerlo. Quindi l'azione scialagoga e sudorifera dell'alcaloide in questione che unito alla virtù ecbolica avrebbe condotto l'ostetrico a prendere due colombe ad una fava, non riesce di giovamento serio ed efficace. Già mi tenzonavano pel capo queste idee, quando a far versare il secchio s'aggiunse l'ultima goccia.

Leggendo le lezioni terapeutiche del Dujardin-Beaumetz che tu nel tuo scritto già citi, m'imbattei in quel certo fatto della Sala di Sant'Antonio. Per cui se prima dubitavo dell'azione reale e di un serio e giovevole ajuto pell'ostetrico in certe complicazioni della gravidanza, questo clinico insuccesso fece

sì che al dubbio si unì pure la tema nell'usarlo. E tosto compresi come fosse un po' leggera l'assicurazione che davano i primi sperimentatori sulla nessuna conseguenza seria dell'alcaloide sulle funzioni fondamentali della vita. Ritornai col pensier mio alle discussioni del Congresso Pisano. E certi dubbi, certe questioni che allora nel mio semi-entusiasmo avevo giudicate un po' troppo severe, alla chetichella confessai meco stesso che potevano essere giuste. E laddove io credevo ancora poter sostenere l'uso della pilocarpina, in ostetricia, cioè nei casi di deficiente funzione renale per nefrite, capii essere più prudente ricorrere ad altri mezzi, che se non altro non hanno l'inconveniente di esporre lo sperimentatore al brutto passo di veder un agente produrre una complicazione gravissima là dove ce n'era già una abbastanza grave. Conchiudendo: ho poca fiducia nella pilocarpina; non son troppo disposto ver lei nei casi ostetrici; modifico in parte le asserzioni della mia prima Memoria, appoggiandomi per queste mie asserzioni ai 3 fatti qui annessi che ti prego di leggere

Osservazione I. — Dallero Seconda operaia in una filanda, d'anni 22. Alta 1.34. Abito rachitico. Costituzione buona. Fu mestruata a 18 anni. Periodi successivi irregolari. Primipara. Bacino piatto rachitico, uniformemente ristretto. Angolo d'inclinazione preso col pelvi-goniometro: 50.° Non insellatura lombare. Circonf. Pelvica 84. Con. Est. 170. Obliquo esterno destro 23. Sinistro 23.5. C. D. 88. C. V. 75. Incerta la data della ultima mestruazione; al 27 novembre, giorno in cui la si esamina si constata una gravidanza alla fine dell'8.° mese. Pres. V. deviato nella fossa iliaca sinistra mobile; battito cardiaco fetale normale ed a sinistra. Fasciatura addominale compressiva per correggere la deviazione della Pres. che si lascia facilmente spostare. Si giudica prudente l'anticipare il parto di qualche giorno. Il prof. Tibone decide d'esperire nuovamente la pilocarpina. Il 21 dicembre, alle ore 10 ant., previa giusta pesatura della donna (45,500), si fa una prima injezione di centig. 2 di cloridrato di pilocarpina. La temp. della

donna è di 37. Polso 100. La gravida è calma, paziente e fiduciosa. Cinque minuti dopo dilatazione della pupilla. Comparsa del sudore. Tremito generale del corpo. Nessuna variazione nel termometro che vien tenuto nel cavo ascellare a permanenza. Distinta contrazione uterina. Contrazione che ricompare 6 minuti dopo la prima e dura 30 secondi.

Una terza	3	minuti	dopo	durata	30	secondi
4.ª	2	"	"	"	45	"
5.ª	1	"	"	"	30	"
6.ª	1	"	"	"	15	"
7.ª	2	"	"	"	21	"

Contrazioni che si succedono in numero di venti, diminuendo in intensità, e scomparendo totalmente verso le 2 pom., ora in cui cessano gli altri fenomeni. Vomiti durante la 9.ª contrazione e che si ripetono tre volte. Temp. 37. Pol. 120 alle 12.

Ore 3 pom. Scomparsi i varii fenomeni. T. 36. Polso 112. Si fa una seconda injezione. Ecco i dati che raccolgo dal Diario clinico, dati che venivano man mano raccolti dall'allievo Paradisi sotto la direzione dell'egregio dott. Inverardi, Assistente 2.º di questa Clinica. Ricompajono i medesimi fenomeni di prima. L'utero si contrae un quarto d'ora dopo l'injezione, e si susseguono in numero di quindici sino alle 4. 30 diminuendo in durata, da 20 a 30″ le prime, da 10 a 15″ le ultime.

Vomiti continui accompagnano l'esperienza, vomiti di sostanze biliose, non essendosi somministrati alimenti alla donna per cercare di togliere questa nojosa complicazione.

Ore 5. 30 pom. T. 36 $^4/_5$ p. 100. Scomparsi i fenomeni. Pelle ancor leggermente madida di sudore. Terza injezione. Miosi della pupilla distinta. Solita altalena dei fenomeni. Dopo 15 minuti prima contrazione a cui ne susseguono a breve durata l'una dall'altra, sino alle ore 7, una ventina più durature variando da 50″ a 40″ le prime tredici, da 20″ a 30″ le ultime.

Si ripetono i vomiti. Alle ore 7 tutto rientra nella primitiva calma. Cessano le contrazioni, i vomiti, la scialorrea, il sudore ed il tremito generale. La T. 36, p. 100.

Peso netto della donna alle ore 7 pom. 43,750. Per cui la pilocarpina avrebbe fatto subire all'organismo una perdita di 1,750 grammi, tutto a carico dei risparmi precedenti, stante che dalle 4 di sera del 20 non aveva più preso alimenti. Si esamina il collo dell'utero. Nessuna modificazione. Rammollimento come prima dell'esperienza, nessun accorciamento, stato degli orificii identico a quel di prima. La prova della pilocarpina nè la donna nè noi volemmo ritentarla.

Al mattino del 22 s'introdusse una sonda. Verso sera stante il poco reagire della fibra uterina al metodo di Krause, s'introduce un dilatatore Tarnier (ore 7 pom.). I dolori si fecero vivi, e la donna partoriva, alle ore 5,25 ant. del 23 dicembre, un feto in pres. podalica S. I. D. P.; pres. che fu diagnosticata durante l'esperienza. La donna pagò il tributo all'epidemia puerperale regnante. Morì d'endocardite il 1.° gennaio. Non mi dilungo a narrare le particolarità del sopraparto e parto nonchè del puerperio, altro essendo lo scopo di questo breve mio scritto. Il feto maschio a termine, del peso di 3150 gr. fu estratto asfittico di 3° grado e più non si riebbe.

Osservazione II. — Edificio Maria, lavorante all'Opificio militare, d'anni 28, statura 1,46. peso nel giorno d'entrata 51,152, abito regolare, robusto, prima mestruazione a 12 anni, tipo regolare, durata giorni 8, l'ultima 8 aprile, pluripara, otto gravidanze antecedenti, di cui una sola, l'ultima, a termine, le altre terminatesi una con un aborto di due, tre di tre mesi, le tre successive parto prematuro al settimo mese.

Bacino normale; entra in sopraparto il 25 alle ore 10 pomeridiane, Pres. V. in O. I. D. P., gravidanza non a termine, settimo mese, la dilatazione si porta rapidamente a 7 cent. Le membrane si rompono spontaneamente alle 8,25 antimeridiane del 26. Susseguono varie contrazioni, poi l'utero cade in completa inerzia. Dalle 8,30 alle 9,30 vedo notate sul Diario cli-

nico redatto dall'allievo Peyro appena 4 contrazioni della durata di 30″.

La testa fetale piccola si sente in basso nello scavo, orificio dilatato 7 cent. Battito fetale debolissimo a destra in basso, Ricorro alla pilocarpina per rafforzare in quantità e qualità le contrazioni uterine che andavano via via estinguendosi. Alle 9,30 si fa la prima iniezione; le contrazioni si fanno tosto più frequenti ma deboli, poco intense, accompagnate dai soliti fenomeni. Se ne registrano 12 prima delle 10,25. L'utero si contrae debolmente, si fanno frizioni sul fondo dell'utero.

L'attività sua si ridesta ad un tratto, una viva contrazione, più dolorosa delle altre compare ed il feto viene espulso alle ore 10,50 antimeridiane. Peso gr. 1880, lunghezza 32 cent. Questa viva contrazione si deve alla pilocarpina, od all'azione riflessa della frizione fatta colla mano? Il carattere del tutto differente di quest' ultima dalle prime, il destarsi ch'ella fece appena la mano si poggiò sul fondo e mise in gioco il potere riflesso, mi lascia a dubitare. Può essere che la pilocarpina abbia contribuito coll'azione speciale che ha sul midollo (anemizzante) a questa manifestazione, e che la mano sia stata la scintilla ultima; ciò ch'è certo si è che per me quest'esperienza non è ancor quella che m' induce a proporre ed usare nella cura dell'inerzia uterina nel sopraparto l' alcaloide del jaborandi. Aspetto nuove esperienze e più convincenti per persuadermi.

La donna in questione non presentò fenomeni che ci potessero spiegare i vari aborti e parti prematuri. Nulla d'anormale fu trovato nella placenta. Il puerperio decorse normale. Anche in quest'esperimento si notò costante il vomito.

Osservazione III. — Egloga Teresa, d'anni 37, statura 1,48, prima mestruazione 14 anni, periodo regolare, durata giorni quattro e mezzo, pluripara, 6 gravidanze, 5 terminate felicemente, la quarta col rivolgimento podalico per presentazione trasversale. La gravidanza in corso decorse normale. L'8 gennaio all'esplorazione diagnostica si constata un vizio pelvico

di primo grado (C. V. 95), gravidanza alla metà del nono. Presentazione del feto V mobilissimo allo stretto superiore, battito cardiaco a sinistra, orificj uterini beanti, collo rammollito.

Il 28 gennaio alle ore 4 pomeridiane si destano le contrazioni uterine. Continuano deboli e brevi nella notte. Alle 3 $^1/_2$ antim. esaminata si nota dilatazione quasi completa, stretto superiore vuoto, il vertice fetale è deviato nella fossa iliaca destra, membrane integre. Si tenta la versione cefalica esterna con cui si riesce a portare allo stretto superiore il vertice dopo non poca pazienza del dott. Inverardi, cui incombe l'ufficio di assistere cogli studenti ai parti. Per fissare la presentazione si rompe il sacco delle acque, e si fa una stretta fasciatura compressiva addominale.

Le contrazioni che prima erano abbastanza deboli, rotto il sacco, da cui fluiva abbondante liquido amniotico, cessano affatto. Alle 8 ant. visitata si trova l'orificio interno in parte rifatto, dilatabile, testa in alto che non ha progredito, mobile tuttora, inclinata sul parietale anteriore, battito un po' confuso a destra. Per destare le contrazioni uterine e per far scendere il V. si pratica alle ore 8 $^1/_4$ una prima iniezione, temperatura della donna prima 36 $^4/_{10}$, polso 100, peso 61,600.

Fatta l'iniezione s'osservano i fenomeni generali di sopra citati. Alle 8,23 l'allievo Bonelli incaricato della redazione, nota una prima contrazione cui ne susseguono nello spazio di un'ora varie (10) della durata di 45 a 50″ le prime, poco più di 30″ le seconde, vomiti irrefrenabili, vomiti ch'io credo abbiano grande importanza nel neutralizzare forse il benefico effetto che sulla contrazione uterina può avere la pilocarpina. Alle 9,40 il battito del feto si fa irregolare e confuso, il vertice non è sceso. La madre stanca, stremata di forze chiama d'esser liberata.

Il temporeggiare ancora sarebbe stato dannoso oltre ogni dire al feto, per cui si decide l'intervento ostetrico. Innanzi a numerosi studenti s'applica il forcipe che stante la posizione inclinata del capo lascia la presa. Per cui si ricorre tosto al rivolgimento podalico estraendo dall'utero materno un feto asfit-

tico di secondo grado che, mediante soccorsi, si rianima in breve. Peso 3480 grm., lung. 51. cent. Nulla di notevole s'osserva nella donna il di cui puerperio decorre normale.

Ho così esposto imparzialmente e succintamente nuovi fatti clinici d'iniezione di pilocarpina. Credo essere nel vero a sostenere ciò che già dissi altre volte, essere dessa dotata di virtù ecbolica, ma non al punto di condurre l'utero all'espulsione del prodotto del concepimento. Credo che la rapidità con cui determina i vari fenomeni e la poca durata di questi siano il motivo per cui non si giunge a risultati più brillanti. La facilità con cui viene eliminata dall'organismo, spiega molto bene questo modo suo d'agire rapido e passaggiero. Per altra parte in presenza del fatto dal Dujardin accennato, credo non doversi augurare ch'essa stia di più nell'organismo e quindi lo tenga maggiormente sotto la sua azione. Meglio avere un ecbolico di meno che notare un decesso per troppo zelo d'innovazione scientifica.

Ti stringo la mano.

Torino, 2 febbraio 1879.

Dott. Bergesio.

LE ECCHIMOSI SOTTOPLEURALI E SOTTOPERICARDICHE

DEL FETO E DEL NEONATO

SOTTO IL PUNTO DI VISTA OSTETRICO E MEDICO-LEGALE

STUDIO

DEL

Dott. ALESSANDRO CUZZI

MEDICO 1.° ASSISTENTE NELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

(*Continuazione*).

Riguardo alla loro ubicazione sugli organi endotoracici dobbiamo dire essere più frequente la loro presenza sui polmoni; in ordine decrescente si trovano quindi sul cuore e sul timo, più raramente ancora sotto il foglietto parietale della pleura. In qualche caso (*Osservazione* 6.ª) io ho potuto osservare ciò; ma invece di essere sotto la pleura costale, erano sotto quella diaframmatica. La regione polmonare ove si trovano di preferenza (parlo sempre stando alle mie osservazioni) è il lobo inferiore e medio. Non avendo però tenuto nota esatta della località dei detti lobi, ove vennero osservate, sono obbligato ad affidarmi ai ricordi che mi fornisce la memoria; mi pare che la base ed il bordo tagliente fossero la sede preferita, e quindi la superficie convessa polmonare in rapporto col grande angolo delle coste. Eziandio sotto il pericardio furono constatate, come ho già detto, le ecchimosi con qualche frequenza, più di sovente sotto il foglietto viscerale in corrispondenza della superficie anteriore del cuore e verso la base dei ventricoli. Le macchie ecchimottiche sottopericardiche generalmente si presentano

con un aspetto più irregolare e con colore meno intensamente pronunciato delle sottopleuriche. Anche il seguente fatto è degno di nota: mentre le ecchimosi sottopericardiche viscerali esaminate col cuore in sito apparivano distintissime, talora a cuore esportato, e quindi a grossi vasi tagliati, quasi scomparivano. E ciò mi apparve succedere specialmente per quelle a contorno più spiccatamente irregolare. Riguardo alle ecchimosi timiche nulla ho a dire, tranne che esse si presentano con frequenza relativamente molto minore ed inoltre sono sempre scarse in numero e di dimensioni poco pronunciate.

Generalmente nei polmoni, sui quali si potè constatare la presenza di ecchimosi sottopleurali, si vide esistere anche una congestione più o meno marcata, avesse o non avesse il prodotto del concepimento usufruito della respirazione atmosferica. E ciò indipendentemente dalle ipostasi cadaveriche che si osservano in corrispondenza delle parti declivi del lobo inferiore. Il tessuto polmonare si presentava di colore bruno-nerastro, coi vasi ripieni di sangue, succoso. La quantità di sangue, del quale era zeppo, messo in rapporto col volume dell'organo, era in proporzione piuttosto notevole, in modo da vederlo sgocciolare dalla superficie del taglio praticato attraverso lo spessore del viscere. Malgrado tale ricchezza di liquido sanguigno, non si videro mai focolai apoplettici nella trama del polmone, eccettuato un caso (*Osservazione* 9.ª) nel quale la causa generatrice fu un processo infettivo con stato dissolutivo del sangue. Si è specialmente in corrispondenza dei lobi inferiore e medio che la emormesi vasale era più spiccata; meno frequente si è presentata tale condizione di cose al lobo superiore ed apici polmonari. Dimodochè generalmente i lobi inferiori apparivano intensamente colorati in rosso cupo, mentre i lobi superiori avevano un colore grigiastro affatto diverso da quello del restante del polmone.

Qualche volta s'è trovato nell'interno della trachea e dei bronchi mucosità che ostruivano più o meno completamente il lume del canale. Il colore di queste mucosità era ora come bianco

d'uovo, ora giallo-chiaro, ora alquanto più tinto in bruno. In quelle maggiormente colorate si potè constatare la presenza di meconio. All'esame microscopico fatto per dilacerazione apparvero composte di mucina, con grosse cellule embrionarie e con numerose cellule di epitelio vibratile proveniente dalle vie aeree. Dette mucosità erano più o meno consistenti, più o meno dense, e di grossezza variabile. Si è nei casi in cui il loro volume era più ragguardevole, che si potè rilevare appunto la presenza delle granulazioni di meconio; le macchie ecchimottiche sottopleurali apparvero allora più numerose.

Nel contenuto della cavità timpanica, da me studiato con minutezza in altro lavoro, talora si videro gli elementi del liquido amniotico, rivelato specialmente per la presenza delle granulazioni di meconio. Ad esempio, nella *Osservazione* 4.ª, si trovò liquido amniotico tinto di meconio nella cavità timpanica, mucosità nella trachea e grossi bronchi parimenti con granulazioni di meconio, polmoni notevolmente congesti, numerose ecchimosi sottopleurali. Liquido amniotico normale nelle vie aeree, senza mucosità, senza meconio, non venne mai da noi incontrato. È vero che a tale proposito l'esame microscopico non venne sempre praticato forse colla necessaria diligenza.

Il sangue delle Osservazioni dei due gruppi *A* e *B* apparve generalmente di colore nerastro, diffluente e con poca tendenza alla coagulazione. Sono questi appunto i caratteri del sangue asfittico. Si sa difatti che durante l'asfissia il colore del liquido sanguigno si fa nerastro, per la povertà d'ossigeno, e secondo Preyer, anche per una particolare disposizione dei globuli rossi, che perdono in parte la sostanza colorante, la quale diffondendosi nel siero lo tinge intensamente. A tali condizioni si deve riferire il colore livido, cianotico delle labbra, della faccia, delle mani, ed in generale delle aperture naturali. Si è inoltre notato nel sangue asfittico diminuzione delle sostanze albuminoidi che si coagulano rapidamente, donde la povertà di coaguli sanguigni nelle osservazioni dei due primi gruppi. Non deesi però esagerare; coaguli nelle ca-

vità cardiache furono riscontrati. Nè ciò deve recar sorpresa, perchè quantunque si sappia che Morgagni avesse quasi sempre trovato il sangue in stato liquido, tuttavia Faure nelle sue esperienze sui cani, sezionati subito dopo la morte, vide le cavità cardiache ripiene di coaguli voluminosi, che si estendevano anche nelle vene cave.

Le Osservazioni cliniche del 3.° gruppo sono contrassegnate da una anatomia patologica molto disparata ed alla quale io accennerò di volo. Si accomunano specialmente per caratteri negativi, cioè la mancanza delle macchie ecchimottiche, della congestione polmonare, di corpi stranieri nelle vie aeree e di liquido amniotico nella cavità timpanica. In queste condizioni si trovano appunto i due bambini macerati dell'Osservazione 17.ª e 19.ª. Nella Osservazione 15.ª esisteva solo una spiccata anemia senz'alterazione viscerale. In altre due Osservazioni si è notato lesioni scheletriche multiple in seguito a manovre operatorie (*Osservazione* 16.ª e 18.ª). In un caso si ebbe frattura della colonna vertebrale cervicale con feto morto, ed in un altro frattura e distacco della colonna cervicale e della dorsale con feto nato vivo e che moriva dopo un'ora di vita extra-uterina. Le lesioni molteplici delle ossa in queste due storie cliniche potrebbero giustificare il concetto di un'alterazione scheletrica, in conseguenza della quale le singole ossa si presenterebbero dotate di una minore resistenza? Senza voler andare fino a questo punto, io inclino a credere, anche per altri fatti congeneri caduti sotto la mia osservazione, e nei quali in seguito a manualità d'estrazione in presentazione di spalla, oppure podalica eseguite colla massima dolcezza pur tuttavia si ebbe a deplorare frattura non solo delle ossa lunghe, ma anche della colonna vertebrale, che in certi casi il feto abbia una tessitura scheletrica di una insolita fragilità.

II.

Uno studio teorico sull'*asfissia intrauterina* deve quasi di necessità precedere l'esame delle nostre osservazioni cliniche, e del meccanesimo col quale avvennero le note anatomo-patologiche rilevate dalle singole autopsie. In tal modo si avrà il doppio vantaggio di rendere più facile la interpretazione dei fatti clinici esposti nella prima parte di questo lavoro, e di passare in rassegna buona parte del materiale scientifico che deve guidare il medico legale ne' giudizi, che per avventura può essere chiamato a dare sul valore delle ecchimosi sottopleuriche e sottopericardiche dei feti e dei neonati.

Una volta dimostrato che il feto racchiuso nella cavità amniotica respira, si viene ad ammettere anche la possibilità di un'*asfissia intrauterina*. Se si ritiene, come già lo ha detto Berard (1), che l'azione dell'ossigeno sul liquido nutritizio dell'organismo animale costituisca il fenomeno fondamentale della funzione respiratoria, si può accettare il concetto di una respirazione endo-uterina, alla quale il prodotto del concepimento non può sottrarsi senza correre pericolo di vita. Difatti ogni essere vivente, qualunque sia la sua vitalità ed organizzazione, muore se cessa di respirare, perchè si è con questo mezzo che mantiene al proprio sangue le proprietà nutrienti e stimolanti.

La respirazione endo-uterina nella specie umana si compie mediante un apparato speciale formato a spese degli annessi del feto e che prende il nome di placenta. Mediante quest'organo la ematosi fetale si eseguisce nelle profondità dell'organismo materno, a dispendio, per così dire, dell'ossigeno del sangue dell'essere che lo ha concepito. Il sangue della madre durante la vita fetale rappresenterebbe l'aria atmosferica nella vita extra-uterina. La ragionevolezza di questo concetto ha trovato una ingegnosa dimostrazione in una esperienza di Grehant.

(1) Berard, Art. Asphyxie del Dict. de Med. tom. IV, Paris 1833.

Questo autore dice che mettendo un pesce in un vaso contenente sangue sbattuto e defibrinato, lo si vedrà continuare a vivere; a poco a poco però il sangue da vermiglio si fa di colore brunastro per la perdita di ossigeno messo a profitto dal pesce per la sua ematosi; in questo momento però il pesce comincia a presentare fenomeni di asfissia, che si dissipano se si agita all'aria libera il sangue. I globuli rossi di esso difatti assorbono dall'atmosfera novello ossigeno, e si rende in tal modo di nuovo adatto alla respirazione del pesce.

Non si può più mettere in dubbio dopo gli studii dello Zweifel la ematosi del feto umano. Constatando mediante l'analisi spettrale la presenza dell'ossiemoglobina nel sangue del feto della nostra specie, ha messo cotesto fatto al disopra di ogni discussione. Ma inoltre quest'abile esperimentatore ha saputo, direi quasi, sorprendere in atto la respirazione fetale colla seguente esperienza: a coniglie gravide che curarizza e fa respirare artificialmente, spacca il ventre, estrae i feti rispettando le connessioni utero-placentari, e li pone in un bagno tiepido di acqua salata; allora facendo respirare la coniglia in modo pressochè normale vide che il sangue della vena ombellicale aveva un color rosso vermiglio, mentre quello delle arterie era rosso-bruno; ma se impediva la respirazione, il sangue della vena non tardava ad assumere un colore eguale a quello delle arterie, e più tardi si faceva più cupo di quello delle arterie stesse, ed affatto nerastro. Ciò è facile a spiegarsi: finchè durava la respirazione nella coniglia, il sangue fetale portato per mezzo delle arterie ombellicali alla placenta, passando attraverso ai capillari di quest'organo per riversarsi nella vena ombellicale, assorbiva ossigeno dal sangue materno, e quindi si faceva di colore rosso vermiglio. Quando invece viene impedita la funzione respiratoria nella coniglia, il suo sangue gradatamente si fa più povero di ossigeno di quello dei feti; allora da prima il sangue fetale non potendo più arricchirsi di ossigeno nella placenta si mostra dello stesso colore nella vena e nelle arterie ombellicali; più tardi, invertite le parti, il sangue

materno assorbe ossigeno dal sangue fetale invece di darne. Ne viene di conseguenza che il sangue dei feti, impoverendosi di ossigeno per le sottrazioni subite in corrispondenza della placenta, presenta un colore più cupo nella vena che non nelle arterie ombellicali (1).

Credo in tal modo dimostrata la ematosi endo-uterina. È inutile insistere sulla possibilità del passaggio dell'ossigeno dalla madre al feto attraverso i setti membranosi utero-placentari che dividono le due circolazioni, essendo stato provato in questi ultimi tempi che sostanze meno diffusibili di questo gas ponno facilmente superare tale barriera; così Fheling ha visto avvenire il passaggio del cloroformio e dell'ossido di carbonio dal sangue materno al fetale (2); Zweifel quello del cloroformio e dell'acido salicilico (3); Gusserow ha constatato il passaggio dell'joduro di potassio dalla madre al feto, e della stricnina dal feto alla madre (4) e Porak a sua volta ha confermato con esperienze il passaggio del joduro di potassio dalla madre al feto non solo, ma in un lavoro veramente scientifico ha studiato l'assorbimento di diversi rimedi (cloroformio, salicilato di soda, acido salicilico, prussiato giallo di potassa, bromuro di potassio, clorato di potassa, essenza di terebentina, ecc.) per parte della placenta, e la loro successiva eliminazione coll'urina del neonato (5).

Tutte le cause che disturbano la respirazione fetale ponno essere causa di asfissia del prodotto del concepimento. Ricordo che per asfissia endo-uterina o fetale intendo quel quadro fe-

(1) Pinard, Art. Foetus del Dict. Enciclop. des Sc. med. di Dechambre.

(2) Fheling, Beitrage zur Physiologie der placentaren Stoffverkehrs. Arch. f. Gyn. B. XI. H. 3.

(3) Zweifel, Der Uebergang von Cloroforme und Salicysaüre in die placenta. Arch. f. Gyn. B. XII. H. 2.

(4) Gusserow, Zur Lehre vom Stoffaustanch zwischen mutter und Frucht. Arch. f. Gyn. B. XII. H. 1.

(5) Porak, De l'absorption de quelques medicaments par le placenta et de leur elimination par l'urine des enfants nouveaunes. — Journal de therap. N. 18, 1877 e Arch. de toc. dicemb. 1878.

nomenologico che è dovuto alla notevole diminuzione, o sospensione dello scambio gassoso che avviene nella placenta fra l'ossigeno dell'aria ivi trasportato dai globuli rossi del sangue materno, e l'acido carbonico accumulatosi nel sangue del feto in seguito alla nutrizione dei tessuti. L'asfissia è difatti sempre identica nella sua causa essenziale, che si concreta nell'abolizione pura e semplice dell'atto fondamentale della respirazione. Diversi fattori ponno produrre la morte del feto nel cavo uterino, ma le cause che insorgono durante il travaglio sono quelle che offrono un più largo contributo alla genesi dell'asfissia. Non credo fuori del caso di farne un riassunto che per altro non sarà completo, essendo mia intenzione di parlare specialmente di quelle che determinarono la morte dei feti delle osservazioni più sopra riportate. Una esposizione abbastanza buona di questo argomento è stata fatta dal Bailly (1).

(1) Bailly, Art. Foetus del Dict. de Med. et Chirurg. prat. del Jaccoud. — Paris 1872. Vol, XV, pag. 51.

(Continua).

Rivista bibliografica

Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la vérsion par manoevres extérnes; par A. Pinard. — Paris 1878. — Un vol. di 266 pag. edito da H. Lauwereyns.

Una prefazione fatta dal prof. Pajot a questo libro, dice che in esso il lettore troverà nozioni molto più precise e minute di tutte quelle finora pubblicate sulla palpazione ostetrica e potrà avere conoscenza di un metodo ingegnoso e razionale per ottenere durante la gravidanza, e mantenere, con speranza di riuscita, la testa in corrispondenza dell'orificio uterino.

Il lavoro del dott. Pinard è diviso in tre parti: nella *prima* parla delle cause delle diverse presentazioni del feto o meglio dell'*accomodazione* del prodotto del concepimento durante la gravidanza nella cavità uterina; nella *seconda* studia la palpazione addominale sotto il punto di vista ostetrico; nella *terza parte* insegna i mezzi per fissare ed impegnare nel bacino la testa fetale negli ultimi tempi della gravidanza, ed in tal modo trasformare definitivamente le presentazioni podaliche e di spalla in presentazioni di vertice prima dell'esordio del travaglio.

Come si vede non viene punto accennato alle presentazioni di faccia; l'A. non tenendo per sufficientemente dimostrative le osservazioni della La-Chapelle, non crede alla possibilità delle presentazioni facciali durante gravidanza, od in altre parole non ammette le presentazioni *primitive* della faccia.

I. Nella prima parte ricorda la *legge di accomodazione* durante il travaglio del prof. Pajot, che dice: *quando un corpo solido è contenuto in un altro, se il contenente è soggetto ad alternative di movimento e di riposo, se le rispettive superficie sono poco angolose e facilmente scorrevoli l'una sull'altra, il contenuto cercherà di accomodare la sua forma e le sue dimensioni alla forma ed alla capacità del contenente;* e crede che tale legge debba essere estesa anche alla gravidanza. Ciò premesso studia l'*atteggiamento* e la *situazione* del feto nella cavità uterina, i *rapporti* del-

l'utero gravido colla cavità pelvi-addominale, e l'*accomodazione* della testa del feto nell'escavazione durante la gravidanza.

a. Il feto nella cavità uterina, in virtù della sua conformazione anatomica e delle sue articolazioni, è in stato di generale flessione, e rappresenta un ovoide col grosso polo all'estremo podalico e col piccolo polo all'estremo cefalico. Il grande diametro dell'ovoide misurerebbe da 28 a 32 cent. Quest'atteggiamento è dovuto a cause materiali che si compendiano nelle pressioni dalle quali è influenzato il prodotto del concepimento.

b. Parlando della situazione del feto nella cavità uterina toglie da Cohnstein (*Die Aetiologie der normalen Kindeslage in Monatsschrift für Geburtskunde.* Bd. XXXI, pag. 141, 1868) quanto riguarda la storia di questa questione, da lui stesso già largamente messa a profitto per l'art. *foetus* del *Dict. Enciclop. des Scien. Med.* del Déchambre, e che non è mio cómpito di analizzare in questa rivista. I fattori che entrano in iscena nel determinare la situazione del feto sono numerosi. Nei primi sei mesi della gestazione il fondo dell'utero è più sviluppato del segmento inferiore, e la testa è la parte più voluminosa del feto; ciò riguardo alla *forma del contenente e contenuto.* Durante la gravidanza l'utero si contrae e la donna si muove; sono queste le *alternative di movimento e riposo.* Inoltre le diverse parti del corpo fetale sono arrotondate, la superficie interna dell'amnios è liscia, e la vernice caseosa favorisce lo *scivolamento.* La legge di accomodazione quale *situazione* produrrà? In 15 donne gravide dal 4.° al 6 $^1/_2$ mese trova 11 volte la testa in rapporto col fondo dell'utero, e solo 4 volte in basso. Adunque nei primi due trimestri della gravidanza la parte cefalica dell'ovoide fetale si trova più frequentemente in rapporto col fondo dell'utero; le statistiche di Scanzoni, Dubois, Spaeth, riunite da Veit, concordano in questo risultato. Nell'ultimo trimestre in seguito allo sviluppo delle estremità inferiori l'ovoide podalico diventa più voluminoso del cefalico; man mano che la gravidanza si avvicina al suo termine vengono a predominare le presentazioni di vertice sulle podaliche. Ciò è provato dalle statistiche. Nei casi di idramnios, di gravidanza gemellare quest'*accomodazione* è meno frequente, il che è facile a capirsi.

c. L'utero gravido, sacco elittico, contenuto in un altro sacco o cavità pelvi-addominale, estensibile solo lateralmente ed anteriormente, compresso da tutte le parti nelle primipare dalla tonicità ed elasticità dei muscoli addominali, conserva il suo grand'asse parallelo a

quello del contenente. Negli ultimi tempi della gravidanza troppo sviluppato per poter essere facilmente contenuto nella cavità addominale, discende nell'escavazione con una parte fetale, che generalmente è l'estremo cefalico flesso. Nelle pluripare invece le pareti addominali sfiancate e dotate di tonicità ed elasticità minore più non sostengono l'utero col suo contenuto, il cui grand'asse rispetto a quello della cavità addominale assume una direzione obliqua, diagonale, in *bisaccia*, ecc.; dimodochè la parte presentata non si impegna nell'escavazione. Ciò dimostra la grande importanza della parete addominale nel determinare la presentazione ed il suo impegno. L'A. insiste alquanto su ciò, perchè, a suo parere, nessuno gli ha fatto la larga parte che si meritava.

d. Nell'ultimo trimestre nelle primipare e negli ultimi giorni di gravidanza nelle pluripare la testa, secondo Pinard, discende nello scavo; discendendo si flette, ed alla palpazione la bozza frontale si sente più saliente della occipitale. Inoltre la testa mette in rapporto i suoi maggiori diametri con i più lunghi del bacino; quindi il diametro occipito-frontale misurerà uno degli obliqui, e siccome l'obliquo sinistro è alquanto più lungo del destro, così maggior frequenza delle posizioni S. A e D. P.

Ciò in tesi generale. Studia quindi le cause della presentazione di vertice che divide in passive ed attive. *Passive* sono: la forma dell'utero e del feto; il parallelismo nel loro sviluppo, la scorrevolezza delle loro superficie e la buona conformazione del bacino; *attive* i movimenti attivi del feto, la tonicità e contrazione dell'utero e muscoli addominali durante la gravidanza. Se uno o più di questi fattori vengono a mancare, il vertice può costituire ancora la parte presentata, ma solo in modo fortuito.

La presentazione della faccia, e l'ho già accennato, secondo l'A. è una presentazione di parto e non di gravidanza; contrazioni uterine mal dirette, e tutte le cause che non sollecitano la testa a discendere nello scavo durante la gravidanza, favoriscono la produzione delle presentazioni della faccia.

Le cause che danno origine alle presentazioni podaliche si devono distinguere in due categorie: le une sono i fattori ordinari dell'accomodazione normale; ma o il prodotto del concepimento offre uno sviluppo ineguale (idrocefalia, gravidanza gemella), o la cavità uterina ha il segmento inferiore più sviluppato del fondo; le altre rendono impossibile *ogni accomodazione durante la gravidanza* come ad esempio la piccolezza del feto, la macerazione, l'idramnios, ecc.

Le cause delle presentazioni del tronco sono: *malformazione dell'utero* che ha il diametro trasverso più lungo del verticale; *mancanza dei fattori dell'accomodazione* (feto prematuro, idramnios, gemelliparità, macerazione, vizi pelvici, placenta previa, rilassatezza della parete uterina ed addominale).

II. Nella seconda parte dopo aver esposto la storia della palpazione addominale copiando lunghi brani dai diversi autori che cita, espone qualche parola di critica intorno a questo metodo di esplorazione ostetrica; e conclude col dire che semplificato in modo da riposare su principi razionali e precisi si sarebbe rapidamente volgarizzato.

Per praticare la palpazione addominale la donna deve essere in decubito dorsale ed orizzontale, la testa leggermente flessa, le braccia estese lungo il corpo, le estremità inferiori estese parimenti e leggermente divaricate, la regione addominale scoperta dal pube all'epigastrio.

La palpazione addominale può essere impiegata o per diagnosticare la gravidanza, o per diagnosticare le presentazioni e posizioni.

Per la diagnosi della gravidanza la vescica ed il retto devono essere svotati anticipatamente. Quando la gravidanza è poco avanzata raccomandando alla donna di fare profonde inspirazioni e nello stesso tempo colle due mani applicate sulle pareti addominali facendo una pressione continuata, si giunge ad esplorare il contenuto del grande bacino e l'area del distretto superiore. Se invece la gravidanza è inoltrata, il tumore uterino viene da sè stesso ad offrirsi sotto la mano che esercita la palpazione. Riconosciuta la presenza di un tumore bisognerà diagnosticarne la natura: l'esplorazione esterna, senza l'aiuto dell'esplorazione vaginale, darà però solo dei segni approssimativi, e non la certezza.

La palpazione applicata alla diagnosi delle presentazioni e delle posizioni riposa specialmente sulla conoscenza delle situazioni normali od anormali che può prendere il feto verso la fine della gravidanza. Il punto di reperte che si deve cercare si è il pube e le sue branche orizzontali, cioè la parte anteriore del distretto superiore. Le mani applicate sui lati dell'addome colla punta delle dita rivolte in basso le trovano facilmente. Se il ventre è a *bisaccia* si rialzi. Si interroghi quindi l'escavazione; essa è piena o vuota. Se essa è piena, parlasi ben inteso della palpazione durante la gravidanza, il corpo che la riempie è arrotondato, regolare, resistente, ha insomma i caratteri della testa flessa, perchè solo il vertice si impegna prima del travaglio. Il tumore

cefalico è più saliente e più accessibile da un lato; la porzione della testa più saliente, più accessibile e più elevata è il fronte, che si può sentire ancora quando la presentazione è già discesa fino al piano perineale. Donde tumore cefalico più accessibile a destra posizione sinistra e viceversa. Riconosciuta la estremità cefalica si esplora il resto dell'addome: e verso il fondo dell'utero si sentirà una parte, il podice, voluminosa, irregolare, meno consistente ed accompagnata da piccole parti fetali. Si va quindi alla ricerca del dorso che ci dà la sensazione di un piano liscio e resistente che congiunge i due poli dell'ovoide fetale. In tal modo si cerziora meglio la diagnosi della posizione.

Quando l'escavazione è vuota, l'estremità inferiore dell'ovoide fetale si trova o al disopra dell'area del distretto superiore, oppure in una delle fosse iliache; rarissimamente le due estremità si trovano in corrispondenza dei fianchi materni. Constatato in vicinanza del bacino un polo del feto, si ricerca l'altro verso il fondo dell'utero. I due poli trovati, si distinguerà la testa dai suoi caratteri proprii e per mezzo del *palleggiamento*, segno patognomonico che si ottiene mediante quella piccola manovra che in Germania è conosciuta col nome di *manovra di Valenta.* L'A. si addentra quindi ad indicare le sensazioni fornite dalla palpazione nelle varie posizioni del vertice, della faccia, del podice e della spalla. Sarebbe troppo lungo e poco appropriato ad una semplice rivista il seguirlo in tutte queste considerazioni, tanto più che ben poco di originale vi si trova. A proposito delle presentazioni di faccia ricordo solo il fatto curioso di una presentazione di vertice, che nello scavo venne sostituita dalla faccia. Con buona pace dell'A. la mensurazione dei diametri della testa non basta a spiegare questo fatto anormale; ciò tutt'al più ne dimostra la possibilità, ma non la causa determinante. Riguardo alle presentazioni di spalla, dice che tre volte ha potuto constatare il feto coricato trasversalmente al disopra del grande bacino. Non ha mai trovato durante la gravidanza delle presentazioni di spalla in dorso posteriore, ma solo in dorso anteriore.

La palpazione è utilissima anche per la diagnosi delle gravidanze multiple. La tensione permanente della parete uterina, che si incontra parimenti nell'idramnios, un polo fetale nello scavo, od a livello di una fossa iliaca, congiunto ad un piano resistente che si termina con un altro polo situato verso il fondo dell'utero; più un'altra grossa estremità là dove si dovrebbero trovare le piccole parti fetali, sono

segni preziosi per questa diagnosi, e l'ostetrico si trova immediatamente sulla buona strada.

Nell'idramnios la palpazione rivela la tensione costante delle pareti addominali, l'escavazione vuota, la fluttuazione distinta e sovente l'impossibilità di sentire i due poli fetali: però esplorando tutta la parete addominale si sentirà un punto in rapporto col feto, che depresso leggermente darà la sensazione di un corpo solido, che si sposta in un liquido.

Infine si hanno pure sensazioni speciali quando il feto è macerato. In questi casi non si ha più un ovoide, ma una massa inerte e senza forma, quando la morte data da più di 8 giorni. Il corpo fetale sentito attraverso le pareti addominali presenta una resistenza appena accennata; e siccome si trova in corrispondenza della parte più declive della cavità uterina, così verso il fondo dell'utero si percepirà distinto il liquido amniotico.

III. Nella terza parte tratta dei mezzi per fissare ed impegnare la testa fetale durante l'ultimo periodo della gravidanza e per trasformare definitivamente le presentazioni di spalla e del podice in quella di vertice durante lo stesso periodo. La loro utilità è dimostrata dai pericoli ai quali va incontro il neonato nel parto podalico, e dai gravi accidenti che ponno incogliere madre e prodotto del concepimento nelle presentazioni di spalla. Far sparire queste presentazioni è quindi un lodevole scopo dell'ostetricia. Accenna ai lavori di Vigand, Hubert, Mattei, ecc., sul rivolgimento per manovre esterne destinate a ridurre il vertice all'ingresso del bacino, lancia, non saprei con quanto fondamento, l'accusa a Dubois di essere stato poco famigliarizzato colla palpazione, ed accenna di passaggio alle cinture di Louis Real e di Lazzati destinate a mantenere fissa all'ingresso del bacino, e ad impegnare successivamente la parte che si è abbassata mediante le manovre esterne.

Descrive quindi il manuale operativo della versione cefalica per manovre esterne riunendo le contingenze cliniche nelle quali è indicata in due categorie: 1.° quando la testa riposa in una delle fosse iliache; 2.° quando è in rapporto col fondo dell'utero. Nel primo caso si applica una mano sull'estremità cefalica, e l'altra sull'estremo pelvico e con una pressione lenta e diretta in senso inverso si cerca di ridurre i due poli dell'ovoide fetale sulla linea mediana. Nel 2.° caso la manovra è un po' più difficile. Si deve prima rendere mobile il feto, col

cercare di smovere la testa in basso o lateralmente, oppure collo spostare l'estremo podalico servendosi all'uopo anche delle dita introdotte in vagina. Il feto essendo mobile mediante pressioni inverse si deve portare la testa all'ingresso del bacino facendola discendere per la strada più breve. È falsa l'opinione di quegli autori che sostengono doversi sempre dirigere le pressioni nel senso della flessione. Si deve sempre agire quando, dopo gli otto mesi di gravidanza, la testa occupa il fondo dell'utero od una delle fosse iliache; il difetto di mobilità del feto per gravidanza doppia, per presentazioni podaliche *franche*, per presentazione di spalla con utero mal conformato, o per il travaglio del parto che ruppe le membrane, o che per la frequenza delle contrazioni non permette di agire, sono altrettante controindicazioni.

Una volta ridotto il vertice allo stretto superiore, si tratta di mantenervelo. Dal principio di questo secolo in poi venne successivamente raccomandato: il decubito dorsale o laterale, l'immobilità, la compressione bilaterale, la rottura delle membrane, la segale cornuta, l'applicazione di un semplice bendaggio a corpo, di una cintura provvista di cuscinetti, di una cintura provvista di una doppia *pelote*, ed infine la pressione costantemente esercitata sulla testa colle mani. Crede l'A. che tanta ricchezza di mezzi indichi povertà dell'arte, e quindi propone la sua cintura che gli sembra meglio adempiere allo scopo. Questa cintura è composta di tre parti: una destra ed un'altra sinistra formante il corpo della cintura, ed una parte intermediaria che la completa anteriormente. Anteriormente e posteriormente il tessuto formante la cintura è reso più resistente da asticelle di balena; queste due porzioni si trovano riunite da un tessuto elastico. Questa cintura viene allacciata alla parte anteriore mediante fili che si incrociano fissandosi su dei piccoli uncini. Può però essere stretta anche posteriormente. Quando in una donna incinta da 8 mesi la testa non è impegnata, la cintura deve venir applicata. Se avvi presentazione podalica o di spalla, prima di applicare la cintura si deve eseguire la versione con manovre esterne. Nel tempo in cui si eseguiscono le manovre necessarie, la cintura deve essere di già passata sotto il dorso della donna per evitare ogni movimento che potrebbe riprodurre la cattiva presentazione. La compressione esercitata dalla cintura il primo giorno deve essere moderata, in seguito la si rende costante ed uniforme stringendo i lacci. Non venne mai constatato in seguito alla sua applicazione alcun inconveniente per la madre e per il feto.

Non è nostra intenzione l'entrare in discussioni sul valore reale di questo lavoro annunziato da numerosi avvisi prima che venisse alla luce. Solo ci faremo la domanda: ha egli davvero riempito una lacuna che esisteva nell'ostetricia? Noi non lo crediamo, perchè, almeno in Italia, per quanto abbiamo potuto leggere, vedere e sentire, la palpazione addominale ostetrica viene insegnata e praticata con rigore e gli allievi sono seriamente addestrati in tale manovra, sulla quale ci pare che ben poco di nuovo sia stato esposto dal dott. Pinard. Riguardo alla sua cintura per mantenere ridotta la presentazione ottenuta con manovre esterne, potrà essere elegante e realizzare forse qualche vantaggio; pur tuttavia, senza far uso di un apparecchio speciale, con una lunga benda ed alcune compresse applicate sui lati dell'addome, facendo una fasciatura, da rinnovarsi quando sia scomposta, si riesce benissimo nello scopo prefisso, come ho potuto diverse volte verificare.

CUZZI.

Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus (Un nuovo metodo di estirpazione totale dell'utero); von Wilh. Alex. Freund. — Leipzig, Druch und Verlag von Breitkopf und Häutel, 1878.

È questo il titolo della 133.ª Conferenza della raccolta del Volhmann; l'importanza dell'argomento ci obbliga ad esporre con qualche dettaglio il caso narrato dall' autore, ed il processo operativo da lui seguito.

Trattasi di una donna di 62 anni, che avea avuti tre parti affatto normali, ed era stata mestruata dai 17 ai 55 anni sempre piuttosto abbondantemente: da due anni e mezzo (quindi circa quattro anni e mezzo dopo la menopausa) soffriva di perdite sanguigne, che dapprima intermittenti si fecero poi continue, alternate solo di quando in quando da perdite sierose, diventate oltremodo fetide da un anno, ed in questo tempo cominciarono pure i dolori tormentosi specialmente di notte. — In tale stato nell' ottobre del 1877 fu veduta per la prima volta dal dott. Martini; egli constatò una degenerazione carcinomatosa della mucosa della cervice uterina, e trovò l'utero fissato in retroflessione. Praticò il raschiamento e la successiva cauterizzazione col ferro rovente, ma senza alcun utile risultato. Allora fu veduta dall' autore

assieme al dott. Martini. La donna presentava ancora uno stato generale sufficientemente buono; l'utero si trovava all'altezza normale, forse un po' più basso: l'esplorazione combinata fece riconoscere esattamente che i tessuti circostanti erano affatto incolumi dalla degenerazione, e che non esisteva alcun gruppo ghiandolare degenerato nell'interno del bacino; il corpo dell' utero risultava ingrandito di circa il doppio ed alquanto portato all'indietro ed a sinistra e qui fissato, ma da aderenze non troppo fitte. Durante tali investigazioni fluì dalla vagina un liquame icoroso nella quantità di circa due cucchiaj da tavola. La vescica ed il retto apparivano affatto normali; e collo speculum si potè vedere che la porzione vaginale dell' utero era lunga circa tre centimetri, e che l'orificio esterno presentava una vasta ulcera crateriforme cancerosa; la neoformazione lasciava affatto libera la vagina ed il suo fornice. — Le ghiandole inguinali di ambedue i lati erano per nulla tumefatte.

L'autore dopo tale esame ritenne indicata l'esportazione di tutto l'utero; la paziente accettò con piacere la proposta.

L' operazione venne eseguita il 30 gennajo 1878: svotata vescica e retto, fu fatta una diligentissima irrigazione vagino-uterina con una soluzione di acido fenico al 10 per %, e poi fu collocata la paziente sopra una tavola in modo che il capo restasse verso la finestra e più basso del bacino.

Dopo ciò fu praticata sulla linea alba un'incisione che partendo tre dita al disotto dell'ombellico, arrivava fin quasi alla sinfisi del pube; aperto così il cavo addominale, furono tratte e mantenute in alto le anse intestinali, che pescavano nel bacino, mediante un fazzoletto inumidito portato nella tasca di Douglas; la posizione della paziente contribuì efficacemente a mantenere in alto l'intestino. Dopo ciò introdotta la mano, l' operatore sciolse l' utero fissato in retroversione dalle sue estese ma sottili aderenze perimetriche colle dita; e ciò riuscì facilmente: indi passò un nastrino attraverso il corpo uterino, mediante un ago a lancia, e così potè a questo far eseguire tutti i movimenti necessari assai facilmente, senza rendere con una mano più stretto il già angusto campo dell'operazione.

Dopo ciò legò i legamenti larghi rispettivamente in tre porzioni. Il filo superiore trapassò la sostanza della tromba e quella del legamento dell'ovajo; il filo medio la sostanza del legamento dell'ovajo nel canale di puntura del superiore e quella del legamento rotondo, il terzo finalmente la sostanza del legamento rotondo ed il fornice vaginale laterale

due volte; dimodochè dapprima esso venne guidato al davanti della base del legamento largo e attraverso la parte antero-laterale della volta vaginale in vagina, e quindi da questa ricondotto attraverso la parte postero-laterale della volta vaginale e al di dietro della base del legamento largo nello spazio di Douglas. Annodati fortemente tutti questi fili fu diviso il peritoneo posto fra vescica ed utero, e staccato il collo dell'utero dalla porzione anteriore della vagina, poi si divise la parte posteriore e finalmente recisi i legamenti larghi all'interno delle anse; isolato così interamente l'utero fu portato fuori dal bacino. In questa divisione dell'utero la perdita del sangue fu quasi nulla, e data da alcune vene dell'utero e da una piccola arteria della porzione anteriore della vagina che fu legata.

I sei lunghi fili delle sei anse vennero stirati in vagina attraverso l'apertura del laqueare, producendo così una specie di prolasso dei legamenti larghi e delle parti del peritoneo pelvico rivestenti la parete anteriore e posteriore della pelvi verso la vagina, in modo che non rimase che una fessura trasversale formata dall'opposizione reciproca delle porzioni illese dei foglietti anteriore e posteriore del peritoneo pelvico, poichè i margini della ferita pendevano liberi all'ingiù nell'apertura del laqueare, unitamente ai capi legati dei legamenti larghi.

Questo nuovo rapporto di posizione degli organi pelvici, dopo aver spinto dall'alto nell'apertura del laqueare un tampone di ovatta imbevuto di una soluzione carbolica al 10 per $^0/_0$ e provvisto di una lunga ansa di filo, venne fissato in modo semplice mediante una serie di punti di sutura nodosa, che riunivano i margini della fessura, attraversando le superfici peritoneali non lese. — La ferita addominale venne chiusa mediante sutura metallica. — L'operazione durò circa due ore, preparativi e medicazione compresa. — In 14.ª giornata si poterono allontanare tutti i fili di legatura unitamente a qualche frastaglio di tessuto necrotizzato. — In 19.ª giornata l'ammalata poteva considerarsi guarita.

Alla Conferenza sono uniti tre schizzi che danno una chiara idea dell'atto operativo.

NEGRI.

Ueber die totalextirpation des Uterus - Vorschlag einer vereinfachten neuen Operationsmethode von I. Kocks. Archiv. f. Gynaek, 1879. — XIV B. I H. — Analisi bibliografica del dott. Mangiagalli.

L'esportazione totale dell'utero è ridivenuto un argomento di attualità chirurgica, per i lavori di Freund, di Fränkel, di Kocks, di Credé. Sorta l'idea con Andrea della Croce, che nel 1650 escogitava ed eseguiva con premeditazione e con metodo tale atto operativo (1), affatto dimenticato in seguito, venne risuscitata all'inizio di questo secolo, in cui tale argomento veniva fatto tema di concorso a premio dall'Accademia medico-chirurgica Giuseppina di Vienna e forniva occasione a Gutberlet di pubblicare nel 1814 la sua elaborata Memoria, nella quale indicava le norme per l'esecuzione di un metodo ipogastrico, eseguito poi nel 1825 da Langenbeck padre, il quale già prima nel 1813 avea praticata l'esportazione dell'utero dalla parte della vagina, e precisamente per carcinoma uterino. Delpech presentava nel 1830 all'accademia medica di Parigi il metodo ipogastrico quale nuova operazione, e l'eseguiva due volte con successo. Per la vagina, operarono quindi Sauter (1822), Blundell (1828), Récamier (1829). Col metodo vaginale l'operazione venne eseguita con buon risultato da Hennig in Lipsia nel 1876. Le operazioni per carcinoma uterino ad esito infausto vennero così raccolte da Breslau (de totius uteri extirpatione. Monachii 1852): Holscher (1 caso). El. v. Siebold (2), Wolf (1). Langenbeck padre (3'-2 per la vagina, 1 col metodo ipogastrico), Barmer (1), Lizars (1), Roux (2), Récamier (1), Dubled (1), Dieffenbach (1). Il metodo operativo proposto ed eseguito recentemente da Freund, con felice risultato, diede nuovo slancio a tale operazione, e le diede un posto d'onore nella ginecologia operativa.

La lettura dei lavori di Blundell, Sauter ed Hennig, che operarono dalla vagina, senza avere emorragia, benchè non praticassero alcuna legatura nè prima nè dopo la divisione dei legamenti larghi, indusse l'autore a studiare la disposizione dell'arteria uterina, onde avere una spiega di tale fatto. L'esame dei preparati dell'istituto anatomico di Bonn lo condusse alla conclusione che le arterie uterine salgono verso il fondo

(1) Esemplari di tale scritto, non esistono, secondo l'A., che nelle biblioteche universitarie di Gottinga e di Berlino.

uterino, mantenendosi ad una distanza di circa 1 centim. dal margine dell'utero, per cui tale rapporto anatomico rende possibile lo sgusciamento dell'utero senza ledere il tronco dell' arteria uterina, e spiega come nei casi sopramenzionati ed in molti altri non siasi avuta forte emorragia. Tale rapporto si accentua molto di più nell'utero gravido, nel quale la distanza dall'arteria al margine uterino può essere di 2-3 centim. È questo un fatto di non lieve importanza per l' ostetrico, il quale, praticato il taglio cesareo in una donna affetta da carcinoma uterino, si decidesse a farne l'esportazione totale.

L'osservazione di Kocks è resa ancor più interessante dalla presenza di un ovaio sopranumerario, che evidentemente avea anche funzionato. Trattavasi di una donna di 39 anni, affetta da carcinoma uterino, la cui diagnosi era stata confermata dall' esame microscopico praticato dal prof. Koester. Non eravi nessuna compartecipazione nè del sistema ganglionare linfatico, nè degli organi vicini. L' operazione venne praticata colle norme antisettiche. Non venne praticato in antecedenza il cateterismo allo scopo di studiare l'influenza del contenuto sulla forma della vescica. Nella donna vivente egli avea già ripetutamente osservato che quantità di 100 200, C. C. di urina non espandevano sfericamente la vescica, ma che la parete posteriore soprannotava sul liquido, il che fu dimostrato dall'esame attuale. Evacuata la vescica, la parete posteriore si affondò vieppiù, divenendo concava. Avendo i lettori in questo numero stesso notizia del processo seguito da Freund, io accennerò soltanto alla semplificazione proposta da Kocks. La difficoltà capitale nella esportazione dell'utero sta nella legatura della base dei legamenti larghi e nell' assicurare la uterina onde premunirci da emorragie consecutive. Ognuno, il quale abbia operato una volta, sa, dice l'autore, quanto tale cómpito sia lungo, difficile ed incerto ad ottenersi. Tale difficoltà scompare quando si separino prima il retto e la vescica prima di procedere alla legatura dell'uterina. Ora nel caso operato da K. avvenne precisamente che, una volta diviso il legamento largo di destra, l'autore si accorse che l'ansa inferiore di sinistra era allentata, libera, talchè non esercitava nessuna strettura, e siccome non avevasi emorragia potè separare dall'utero retto e vescica, e quindi gettare un laccio alla parte inferiore del legamento largo di sinistra, senzachè il temuto accidente entrasse in scena. L'autore propone quindi di legare prima la parte superiore del legamento largo nel modo il più semplice, di comprendere cioè in una sola ansa tuba e legamento

ovarico, di allacciare quindi solo il legamento rotondo, dopodichè si allontana eventualmente l'ovaio, e si taglia quindi all'interno di dette legature. Dopo, anzichè allacciare la parte inferiore del legamento largo, egli consiglia di procedere invece alla divisione della vescica e del retto, e di passare mediante un portafilo ad uncino, simile agli aghi di aneurisma, il quale abbia al suo estremo smussato un occhiello, un doppio filo attraverso le due fessure praticate. Inciso quindi il filo in corrispondenza dell'ansa, si porta l'uno a destra e l'altro a sinistra, allacciando così nel modo più semplice e sicuro le due parti inferiori del legamento largo, ove scorre il tronco della uterina. Come materiale di legatura, l'autore preferisce il catgut. Operata il 28 aprile, l'ammalata guariva, ed al 6 giugno non presentava traccie di recidive.

VARIETÀ.

Formulario ginecologico. — È noto come Hildebrandt levasse il mondo medico a rumore coi risultati da lui ottenuti mediante le injezioni ipodermiche di ergotina nella cura dei fibromi uterini interstiziali e sottomucosi.

I risultati da noi osservati furono completamente negativi.

La formula era la seguente:

Ergotina Boujean	grm.	*tre*
Acqua distillata		
Glicerina	an. grm.	$7\,^1/_2$

Una iniezione al giorno.

Recentemente Leopold (Arch. f. Gynaek, 1878. T. XIII), ebbe da esse buoni risultati nei casi di metrite cronica e vide l'utero diminuire di molto in alcune settimane. Sarebbero sopratutto i casi di sibinvoluzione, i quali verrebbero favorevolmente influenzati.

I cilindretti astringenti o cateretici occupano un posto distinto nella cura del catarro uterino, tanto della porzione cervicale quanto del corpo. Il de Sinéty (Manuel pratique de gynécologie 1879) adopera qualche volta la seguente formola:

Acido fenico cristallizzato	centig.	*cinque*
Glicerina	goccie	*cinque*
Tannino	grm.	*quattro*
Gomma adragante Q. S.		

per cilindretti di 3 ctm. di lunghezza e 3-4 millim. di diametro.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Volume I. Marzo 1879.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

RICORDI

SOPRA QUATTRO CASI DI TAGLIO CESAREO

e Clinica esposizione di un caso di Istero-Ovariotomia Cesarea per distocia pelvica da rachitismo: madre morta di peritonite, feto salvo

PER

DOMENICO TIBONE

Professore di Ostetricia nella R. Università di Torino

Non si possono, per fermo, dire numerosi i casi nei quali ho dovuto praticare sulla donna vivente la operazione cesarea, avuto riguardo al tempo non breve da che io dirigo la Clinica ostetrica di Torino, importante perchè ha sede in una popolosa città, che è pure cospicuo centro di ferrovie; questi casi si riducono a cinque. Dirò le ragioni per cui così di rado mi sono appigliato a cotesta risorsa dell' arte ostetrica; in tal modo intendo procurarmi l' occasione per dire alcune parole sull' indirizzo che seguii *nei tempi andati*, in quelle sempre gravi contingenze della pratica ostetrica, nelle quali nasce la indicazione del taglio cesareo.

Metto in prima linea una ragione, la quale parla in favore della città in cui scrivo ed esercito la ostetricia: da un quarto di secolo all' incirca, per le migliorate condizioni igieniche sì

delle vie che delle abitazioni e degli abitanti, si è fatto meno frequente e meno grave il rachitismo, che in larga misura, come tutti sanno, contribuisce a creare quei casi di distocia, nei quali si affaccia come una necessità la gastro-isterotomia. In secondo luogo questa operazione fatta con il metodo, che si può dire classico perchè seguìto comunemente sino a questi ultimi anni, mi ha sempre imposto come un atto operativo, se non necessariamente mortale, per certo gravissimo, perchè, oltre i pericoli immediati che sono proprii delle grandi operazioni, è inevitabile la emorragia nel cavo peritoneale con la successione dei processi settici e peritonitici. A tal che fede intera io non poteva riporre nelle conclusioni delle statistiche che mi parevano non intieramente conformi al vero, essendo a mio avviso il risultato reale più grave di quanto si dovrebbe derivare dalle statistiche ricerche, sebbene raccolte da ostetricanti pazienti e coscienziosi; i casi felici si pubblicano; gli insuccessi si lasciano cadere nell' obblìo. Sotto l' influenza di cotesta convinzione, e noto essendomi come negli ospizii di maternità la morte della madre è la regola generale, era naturale che io limitassi la operazione cesarea per quei casi nei quali è una suprema necessità, perchè ne è assoluta la indicazione. Aggiungo una terza ragione, che parla in favore del pratico insegnamento, ed è di qualche rilevanza: raramente succede che si dirigano alla Clinica ostetrica di Torino, dai paesi più o meno vicini, donne per casi gravi di distocia; fanno fronte alla difficoltà di questi i medici condotti. Per impedire che possa in qualcuno formarsi la idea che io voglia commettere un peccato di orgoglio, mi affretto a dire che tanto si debbe non all'opera dello insegnante, ma bensì alla istituzione della Clinica, la quale, sebbene ridotta dopo la separazione dell'Ospizio dell'infanzia abbandonata dalla maternità a proporzioni insufficienti per la istruzione dei giovani chiamati a frequentarla, essi vi possono tuttavia ricevere le principali norme direttive della pratica ostetrica. In prova del che io potrei citare nomi di allievi, i quali, più fortunati del loro

maestro, hanno con successo operato il taglio cesareo, con il metodo ordinario o classico.

Il periodo di tempo su cui si estende il presente sguardo retrospettivo va dal 1.° novembre 1863 sino a tutto il 1878, eccettuate alcune interruzioni per le vacanze autunnali, in cui la Clinica venne chiusa dal 1872 in poi; comprende 4066 parti. Sopra questa cospicua cifra il taglio cesareo figura soltanto, come già si è detto, cinque volte. Facilmente s'intende come con il miglioramento del metodo operativo, e con il migliorarne il tecnicismo, si accrescono i successi e s'ingrandisce il campo della operazione, e con questo si aumenta la cifra procentuale.

Riporterò concisamente le prime quattro operazioni fatte con il metodo ordinario, prima di venire ad esporre particolareggiatamente la quinta, che è scopo di questa scrittura, eseguita secondo il metodo del Porro.

Osservazione I. — Campo Gaetana, anni 30; abito vistosamente rachitico, statura 110 centimetri, primipara. — Bacino rachitico appiattito, con ristrettezza generale. C. V. 34 millimetri. Il 30 gennaio dell'anno 1867, essendo la donna in soprapparto con il collo dell'utero cancellato ed aperto per un centimetro nell'orificio esterno e rotte le membrane, si opera la gastro-isterotomia; muore tre ore dopo con i sintomi delle emorragie interne. Infatti all'autopsia si trovano 600 grammi di sangue nella cavità peritoneale; perdita questa sufficiente a togliere di vita la donna, considerando il sangue perduto durante l'atto operativo e l'organismo suo veramente meschino; salvo il feto.

Osservazione II. — Tema Maria, anni 36, 6.ª gravidanza. Affetta da osteomalacia; bacino triangolare; C. V. 50 millimetri; diametro interischiatico 42 millimetri; pelvi resistente. La donna era stata prima del parto esaminata con accuratezza ed avvertita della grave necessità imposta dalla viziatura pelvica ragguardevole, orditasi da pochi anni. Memore dei parti antecedenti felicemente terminati con le sole forze

naturali, non volle prestare fede alle mie parole. Sopraggiunto il travaglio, non seppe rassegnarsi in tempo opportuno all'atto operativo, che le era stato proposto come unica risorsa. Quando il 30 dicembre dell' anno 1869, fattesi grandissime le sofferenze, mutò finalmente d'avviso, già l'utero si era rotto e il feto passato nella cavità peritoneale. Si praticò la gastrotomia, con cui si estrasse un feto morto. La madre segue nel terzo giorno la sorte del figlio per la peritonite, che già si era iniziata nel corso del soprapparto.

Osservazione III. — Alpe Catterina, anni 33. Due potenti fattori in modo veramente raro riuniti, concorsero a produrre la pelvica distocia in tempi diversi e con risultati pure diversamente dannosi, voglio dire il rachitismo e la osteomalacia. Porta abito manifestamente rachitico; la stenosi pelvica per la influenza del rachitismo si deve dire mite perchè permise un parto spontaneo e felice. Nel corso della seconda gravidanza insorge la osteomalacia, che in breve si fa grave, deforma e restringe notevolmente il bacino già viziato, come più sopra si disse, dalla rachitide. Bacino triangolare e resistente. C. V. 52 millimetri. Diametro interischiatico 30 millimetri. Il 25 maggio si opera il taglio cesareo: feto salvo, madre morta per esaurimento. — Noto di passaggio come questo fatto dimostrerebbe la estrema gravezza e la straordinaria rapidità di andamento della osteomalacia, quando colpisce uno scheletro che già fu preda del processo rachitico.

Osservazione IV. — Manna Carolina, d' anni 28. Bacino rachitico, pseudo-osteomalacico. C. V. 40 millimetri circa. Con l' assistenza ed i pregiati consigli dell' ottimo amico mio, il prof. Domenico Chiara, la opero di taglio cesareo il 4 febbraio 1872, trovandosi la donna in corso del soprapparto ed in condizioni abbastanza buone. Feto salvo; madre morta di peritonite. Non si potè praticare l' autopsia, essendosi per sbaglio scambiato il cadavere dell' operata con un altro, proveniente dall'altra sezione dell' Ospizio.

In tutti questi casi il risultato non poteva essere più desolante riguardo alla madre. Ed era tanto più di sconforto lo insuccesso per chi ricorda che nella stessa Clinica l'illustre professore Giordano, nel mese di giugno del 1858 salvava la madre con la gastrotomia, essendo il feto migrato fuori dell'utero, che si ruppe in travaglio, come nella nostra seconda osservazione, per stenosi pelvica da osteomalacia. Ho riportata questa osservazione molto interessante nel rendiconto clinico dell'anno 1858-59.

È evidente, e fuori di contestazione, che la causa vera della morte riporre si debbe nella ferita dell'utero. Imperocchè, vinta, o, come più di spesso succedeva, anche soltanto menomata la emorragia, non essendo nè riunita e nemmeno avvicinata la dieresi interna, chiusa la ferita addominale, continuava a versar sangue sia dalla superficie sezionata, sia dalla superficie placentare, il quale andava via via raccogliendosi nella cavità peritoneale; onde la morte per emorragia, per esaurimento, da peritonite o per setticemia, che sono gli ordinarii fattori di morte dopo il taglio cesareo. Non mi pareva nè saggio nè prudente consiglio lo abbandonare a sè la ferita uterina, come si era solito di fare operando con il metodo classico. Dalla esperienza ammaestrato, aveva giudicato essere migliore e meno incerto partito il riunire la ferita uterina con la sutura: ottenuto lo esatto combaciamento, nettare per bene il cavo peritoneale e collocare un tubo di drenaggio attraverso lo spazio del *Douglas* prima di chiudere la ferita addominale. In questa guisa operando, io intendeva sino ad un certo punto di portare la gastro-isterotomia in condizioni analoghe a quelle della ovariotomia quando si abbandona il peduncolo nella cavità peritoneale. L'idea non era nuova; alcuni tentativi, senza successo però, erano stati fatti in questa direzione. Per la somma autorevolezza del nome meritava di essere presa in serio esame la ingegnosa sutura ideata dal Barnes, ed alquanto confusamente dallo stesso descritta (1).

(1) Robert Barnes. Lecture on obstetric operations, 341, ovvero la traduzione in francese del dottore A. E. Eordes, 310.

Se non che facile è il vedere essere di complicata e fastidiosa applicazione; e, quel che più, malsicura negli effetti, perchè incerto riesce il ravvicinamento della dieresi uterina, e il mantenere in maniera esatta a contatto il contorno di questo con quello della ferita addominale. Per ultimo non sarebbe cosa fattibile il collocare un tubo di drenaggio che dall'angolo inferiore della ferita addominale per lo spazio retro-uterino discendesse in vagina; preziosa risorsa in questo caso, in cui per le sopra enunciate considerazioni non è allontanato il pericolo dello stillicidio sanguigno nella cavità del peritoneo.

Con un' aggiunta alla sutura a punti staccati, io sperava di arrivare più facilmente allo scopo senza eliminare la possibilità del drenaggio. Feci costrurre una decina di cannule di piombo del calibro di tre millimetri circa e della lunghezza di otto centimetri; messo in sito un punto di sutura, intendeva di fare passare con un porta-refe gli estremi del filo per una delle dette cannule, e di annodarli esternamente; ogni punto di sutura veniva quindi ad essere fissato da una cannula, che era mio pensiero il fare uscire per la dieresi addominale riunita con i modi ordinarii per gli intervalli fra i punti di sutura, e trattenerla fuori del ventre in modo tale che impedito non fosse il moto di riduzione dell' utero. Rimarginata la ferita uterina, diventava facile il togliere i fili e le cannule tagliando il nodo.

Ho voluto riportare queste idee tanto per far conoscere che era sentito il bisogno di vedere la chirurgia ostetrica escire fuori dalla vecchia strada per mettersi ad operare il taglio cesareo con nuovi concetti. Del resto la sutura intercisa eseguita con filo di gomma elastica, come fece con successo il Grandesso Silvestri, o meglio ancora con il categut — sostanze queste, che si possono senza danno abbandonare nei tessuti — poteva forse più sicuramente raggiungere lo scopo che con lo spediente da me imaginato. Dico forse, perchè mi rimane nell'animo qualche dubbio che si possa ottenere e mantenere sino alla completa adesione il combaciamento esatto della ferita

uterina, stante la facile lacerabilità del tessuto muscolare, la cospicua vascolarizzazione dell'utero puerperale e la sua variabile consistenza e volume secondo che è in scena o non la contrazione uterina.

Il prof. E. Porro con felice ardimento imaginò ed eseguì la esportazione dell'utero come atto complementare del taglio cesareo, ottenendo un esito felice in una Clinica, in cui prima di questa operazione ignoto era il successo (1).

Salutai come un vero progresso la innovazione chirurgica del professore di Pavia, perchè ravvicina, e nel procedimento operativo e nei risultati, la gastro-isterotomia alla ovariotomia; e lasciato in disparte il progetto della sutura uterina, in cui non aveva intera fiducia, venni in proposito di imitarlo, senza aspettare il responso della statistica, che prevedeva favorevole, e senza la determinante complicazione della emorragia, perchè caduto accidentalmente il taglio sulla sede placentare, nella prima occasione che si sarebbe nella pratica presentata.

Mi venne questa occasione fornita da una certa Bianco Maria, nubile, d'anni 27, la quale veniva nella Clinica accolta il 15 aprile 1878, ed inscritta più tardi nel registro dei parti, che è tenuto secondo l'ordine cronologico, sotto il numero annuale 128. Da questo libro con molta cura redatto dagli assistenti, ne ricavo la clinica istoria. È donna di costituzione assai debole; porta abito rachitico spiccatissimo; cranio di figura quadrata con la volta pianeggiante; mandibola inferiore sporgente; dentatura irregolare ed in parte cariata. Nata e cresciuta nel contado di Torino, non incominciò a camminare che all'età di 8 anni. Si applicò a lavori di ago; pare che facesse parte di una famiglia in cui non le facevano difetto le cose necessarie alla vita.

Le deformità dello scheletro apparivano a primo aspetto nu-

(1) Porro Edoardo, Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo; Milano, 1876.

merose e notevoli, oltre quelle già notate nel cranio. Porta scoliosi destra pronunciatissima, che rende la spalla destra più elevata e sporgente della sinistra, e nel lato destro abbassa l'ultima costa quasi a contatto della cresta iliaca, mentre nel lato opposto l'ultima costa dista dall'osso iliaco tre dita trasverse. Gli omeri sono incurvati in avanti ed all'interno verso il terzo medio non in modo esattamente simmetrico perchè la deviazione si scorge più pronunciata a sinistra. I femori sono pure molto incurvati verso l'interno; ed anche quivi prevale la deformità dalla parte sinistra; sono eziandio deviate le ossa della gamba, e le estremità inferiori esaminate in complesso raffigurano una parentesi. La esperienza clinica mi ha insegnato che fra deviazioni rachitiche delle estremità inferiori e deviazioni rachitiche della colonna vertebrale vi sta di mezzo un bacino viziato con una stenosi per lo meno di 2° grado (C. V. — 80 mm.): Partendo da questa proposizione, che per me ha il valore di legge, io mi teneva sicuro di aver sotto mano una pelvica viziatura già ragguardevole. Infatti la insellatura lombare è profonda; la circonferenza pelvica misura 70 centim.; la distanza tra le spine 222 mill.; il diametro tra le creste 232; la conjugata esterna 148; la conjugata diagonale 70 mill.; la conjugata vera venne valutata di 57 millim. circa; la microcorda sinistra 40 millim.; la inclinazione del piano dello stretto superiore ricavato col pelvigoniometro diede 52 gradi. — La statura per ultimo era di 112 centimetri. Ad un organismo così debole e deforme non facevano punto contrasto le qualità morali: Essa era di carattere mite e buono bensì, ma di limitata intelligenza e talvolta capricciosa come una bambina, ed interamente senza energia. Si capisce come sia stata facile preda di chi volle di lei abusare.

La prima mestruazione comparve in sui 20 anni; continuò regolare, della durata media di 4-5 giorni. L'ultima mestruazione ebbe luogo in sul principio di settembre, e più scarsa e breve del solito, perchè durò soltanto due giorni. Ignoto il giorno della prima manifestazioue dei moti fetali. Il 16 apr. la

circonferenza ombelicale in posizione supina si riscontrò di 81 centimetri; la distanza dal pube al bellico, percorrendo la curva addominale, di 17 centimetri; e dal pube al fondo dell'utero di 28 centimetri, corrispondente al terzo mediano della zona sopra-ombelicale.

Il parto prematuro non era per sè bastevole ad ottenere la espulsione del feto vivente. Non essendo partigiano dell'alleanza proposta dal Jacolucci della sinfisiotomia con il parto anzi tempo dall'arte provocato, e dopo il perfezionamento arrecato dal Porro al taglio cesareo essendomi fatto meno inchinevole alla cefalotripsia sul feto maturo, quando è vivo e la stenosi pelvica grave, ed altresì alieno dalla cefalotripsia come atto operativo complementare del parto prematuro; dopo matura riflessione io deliberai lasciar andare la gravidanza a termine col proposito di operare la ovaro-isterotomia cesarea, sebbene non ignorassi come la indicazione alla operazione progettata dire non si potesse assoluta, impreteribile. La donna piegossi senza contrasto alla proposta fatta, di cui non le si era taciuto la gravezza; essa non era d'altronde d'animo fatto per la discussione e tanto meno per la opposizione.

Si cercò quindi metterla nelle migliori condizioni igieniche per rilevarne le forze, e prepararla alla operazione. Il che non si potè punto conseguire. Non si adattò al vitto carneo, a cui non era avvezza; le era abituale un regime dietetico di soverchio leggero. Di quando in quando si manifestavano sintomi di catarro intestinale con accompagnamento di diarrea, che appena vinta cogli usati rimedi ritornava. In questo modo si passava un mese senza che lo stato generale si potesse dire migliorato, tanto meno rinvigorito. I ricostituenti, di cui pure aveva tanto bisogno, erano per nulla tollerati; si dovette smetterne l'uso.

Nella visita del mattino delli 22 maggio si rilevò, che l'utero di quando in quando entrava in contrazione abbastanza manifesta, ma indolora; il condotto uterino ridotto a due centimetri, e permeabile; il polso 110, la respirazione a forma co-

stale superiore 34; il battito cardiaco fetale distinto nel quadrante inferiore destro 140. Verso il fondo dell'utero ed a sinistra si sentono piccole parti fetali; la testa sporge sovra lo ingresso del catino distendendo le sottili pareti addominali: il diametro verticale del feto nell'utero, facile a misurarsi, si riconobbe di 23 centimetri. Questo criterio aggiunto ad altri di non minore momento mi portò a dichiarare esser il feto ottimestre. V'era adunque un disaccordo fra i segni anatomici desunti dal collo dell'utero, e lo sviluppo del feto; si stava spontaneamente preparando il parto prematuro. Mi fece questa considerazione abbandonare il pensiero di operare la donna prima che si fosse dichiarato il travaglio, imitando quanto vidi fare dal prof. Chiara in dicembre 1877.

La paziente abitava una camera appartata, lontana dalle infermerie delle puerpere, esposta a mezzogiorno, e prospiciente sovra un pubblico giardino. Al suo esclusivo servizio venne destinata un'infermiera, la quale cessò da ogni rapporto con le puerpere. Non si aspettava che l'esordire del soprapparto per mettersi all' opera già da tempo stabilita, per cui tutto era preparato.

Iniziavasi il travaglio nella sera del 27 maggio; alle ore 9 il collo era ancora spesso un centimetro, interamente rammollito e cedevole; si tendevano le membrane sotto la contrazione, abbondanti le acque. Con la esplorazione esterna era affermata la presentazione del vertice, che non era fattibile il riscontrare con la esplorazione interna; il battito cardiaco sempre con il massimo nel quadrante inferiore di destra, e regolare per forza e ritmo: T. 37, P. 70. Procedendo lento il travaglio, e meno convenienti essendo le ore di notte per praticare la operazione divisai di rimandarla al mattino seguente, a meno che rotte le membrane la vita del feto non corresse qualche pericolo.

Con sufficiente calma trascorse la notte, i dolori si manifestarono a lunghi intervalli; prese per qualche momento sonno; è però piagnuculosa come al solito, ed il dolore uterino facilmente risveglia il lamento. Nel mattino del 28 maggio l'orifizio

uterino aveva raggiunta l'apertura di due centimetri e mezzo: non mutate le altre condizioni; T. 37, P. 96. Essendo tutto preparato ed opportuna l'ora, era inutile il procrastinare.

Venne la partoriente abbigliata come per la ovariotomia, e fatti i preparativi tutti per condurre l' atto operativo con il metodo del Lister rigorosamente eseguito; e collocata sul letto della operazione posto di rimpetto ad una finestra bene illuminata. La temperatura della camera 18°. Assistevano il dottore Cuzzi ed il dottore Bergesio, assistente della clinica, alcuni altri dottori e pochi studenti.

Essendosi preventivamente stabilito di fare sgusciare l'utero per la ferita addominale per inciderlo fuori, secondo il processo di Müller, si ruppero, per la via della vagina, le membrane, operazione resa un po' difficile per il manco della contrazione uterina. Erano le ore 8 antim. quando vuotato interamente il liquido amniotico, e cloroformizzata la donna e messi a posto gli aiuti, si diede principio all'operazione.

Si praticò sulla linea mediana una incisione della lunghezza di 12 centimetri circa, il peritoneo venne inciso sulla guida della tenta scannellata. Messo allo scoperto l'utero per la immaturità del feto e la piccolezza dell'utero, perchè vuoto per intero di acque, mi pareva conveniente il procedimento del Müller; ma per farlo venire fuori s'incontrarono difficoltà non poche, si dovette ingrandire la ferita in alto ed in basso estendendola dal pube sino alla cicatrice ombelicale per la lunghezza di 18 centimetri; e fu appena bastante per permettere l'uscita dell'utero, che in parte venne spinto con le mani d'un aiuto, che sui lati e posteriormente lo comprimevano, ed in parte tratto fuori afferrando l'ovario ed il ligamento rotondo del lato sinistro, imprimendo al viscere nello stesso tempo un moto di rotazione in modo da fare corrispondere il diametro suo antero-posteriore con il trasverso della apertura addominale con notevole distendimento e lacerazione di questa. Tennero dietro alcune anse intestinali, che vennero prontamente fatte rientrare involgendole in un pezzo di flanella finissima, stata prima im-

mersa nell'acqua tiepida fenicata. L'intestino tenue si mostrò di un colore rosso-livido, uniformemente iniettato; il che si spiega per il persistente catarro intestinale, che complicò la gravidanza. Si collocarono provvisoriamente due punti di sutura verso l' angolo superiore per impedire il ripetersi della procidenza dell'intestino. Si tagliò l'utero con sollecitudine con il gammautte; l'emorragia fu moderata. Si estrae il feto, ed immediatamente dopo la placenta, che era inserita sul fondo dell'utero e posteriormente.

Era mio intendimento di lasciare un moncone breve e poco voluminoso e di affondarlo nella cavità pelvica. A questo scopo l'utero nella zona cervicale venne abbracciato con un robusto filo di ferro cotto ed addoppiato, e stretto con il serranodi del Maissonneuve; col curvo porta-refe del Péan, cerco di portare al disotto dell' ansa metallica due fili di categut n. 3, della grossezza di un millimetro, attraversare volendo il peduncolo dall' avanti all' indietro e dividerlo in due con separate legature. Questa parte della operazione non riesce nel primo tentativo: premendomi di terminare l'atto operativo già lungo, abbandono l' idea dello affondamento del peduncolo; lo allaccio con un filo di ferro cotto che si stringe con un robusto costrittore del Cintrat; dopo si toglie il serranodi del Maisonneuve, che era stato provvisoriamente applicato. Si taglia quindi l' utero con un coltello concavo 3 centimetri circa al disopra dell' anello strozzante; per maggiore precauzione si passano due lunghi aghi lanceolati nella trama carnosa del peduncolo, al disotto dell'anello metallico, i quali rimangono fissati contro la parete addominale.

Sino a questo istante l' urocisti venne sorvegliata con un catetere metallico nella sua cavità. Ciò fatto si netta la cavità peritoneale con spugne finissime e fenicate; si chiude la ferita addominale con la sutura attorcigliata, e questa levata, si appone completa la medicatura del *Lister*. Durante la operazione funzionarono due nebulizzatori: l'uno grande a tre becchi, era mosso col piede, e l' altro piccolo ad un becco solo, con

la mano. La donna stette sotto la narcosi cloroformica per 35 minuti senza inconveniente alcuno. Il polso ed il respiro si mantennero regolari; non vomiti, non deliquio. L' operazione durò in tutto minuti 50; dopo l'operazione T. 37, p. 86.

Trasportata la paziente sul letto del puerperio, già prima convenientemente apparecchiato nella stessa camera, appena riavutasi per intiero dalla narcosi cloroformica, incominciò a lamentarsi con continui gemiti; si lagnava sopratutto di un senso di doloroso stiramento in corrispondenza del moncone. Si prescrisse dell'oppio per calmare i dolori e la agitazione.

Ore 5 pom. T. 37, 6, P. 100, R. 60. Continua a lamentarsi e con insistenza domanda che le si tolga il costrittore, cui riferisce il senso di tensione che tanto la addolora. Ciò non ostante il polso si mantiene resistente, e normale la fisionomia.

Ore 9 pom., T. 39, P. 102. I dolori si sono fatti più vivi; incomincia ad alterarsi la fisionomia. Alle pillole di estratto gommoso del Baumè, già prima prescritte, si aggiunge il cloridrato di morfina per iniezione sotto-cutanea.

29 maggio, mattina. T. 38, 3, P. 140, R. 60. Notte insonne. Ai dolori si aggiunsero le nausee ed il vomito. Faccia addominale con labbra cianotiche; il ventre è teso, arcuato, tumido, dolentissimo. Si rinnova la medicazione e si toglie il costrittore con l' ansa metallica per cercare di alleviare i patimenti veramente grandi; il peduncolo resta fissato dai due lunghi aghi lanceolati; prosegue e si fa maggiore il decadimento delle forze; alle ore 4 pom. succede la morte.

Autopsia 24 ore dopo la morte. — La ferita si trova per la metà superiore aderente, mentre per la metà inferiore è in via di suppurazione. Il peduncolo è sempre fuori trattenuto; è lungo 8 centimetri compresa la regione del collo, che nell'orificio esterno è aperto per 3 centimetri. Lo scivolamento in basso della lamina peritoneale per distacco del sottostante tessuto muscolare nella direzione del vertice del cono formato dal moncone, non venne osservato, perchè nel momento in cui entrò in azione il costrittore, il peritoneo era tenuto in alto fermo

dal serranodi. La incisione addominale è di 19 centimetri; è marcatissima la iniezione del peritoneo intestinale e parietale. Nella cavità peritoneale vi ha una raccolta in quantità mediocre di siero sanguinolento. Le note anatomiche riferentisi alle altre cavità si possono trascurare perchè di poco momento ed estranee all' atto operativo ed alle sue conseguenze.

Il bacino con le ultime tre vertebre lombari venne preparato con i naturali legamenti. Risalta la scoliosi lombo-sacrale sinistra; i corpi delle vertebre lombari e quello della prima sacrale sono rivolti e deviati verso il lato sinistro; il massimo della scoliosi è rappresentato dalla 4.ª lombare. Le apofisi spinose delle vertebre lombari guardano a destra ma di poco, essendo la deviazione di queste di molto inferiore a quella dei corpi vertebrali. Le apofisi spinose sacrali non hanno abbandonato la linea mediana. L'ala iliaca sinistra è raddrizzata, anzi si avvicina alla verticale, e guarda direttamente verso l'interno, mentre la destra è obliqua, meno però che in bacino normale, ed il piano della superficie interna è rivolto al pube. Il cotilo sinistro è schiacciato e introflesso. Chi si pone dirimpetto al bacino collocato nella situazione propria della stazione eretta, vede il fondo di tutta la cavità cotiloidea sinistra, mentre della destra non si scopre che la parte inferiore e posteriore. Essendo turbato l' equilibrio per la scoliosi dorsale destra, in virtù della legge di compensazione determinossi la scoliosi sinistra lombo-sacrale; e per impedire che il centro di gravità della parte superiore del tronco si spostasse verso destra, i muscoli larghi dell'addomine del lato sinistro doveano mantenersi in contrazione prevalente sugli omonimi, onde il raddrizzamento dell' ala iliaca; per la scoliosi lombo-sacrale il peso del tronco si distribuiva in più larga misura sul cotilo sinistro; da ciò lo appiattimento e la introflessione della parete cotiloidea sinistra, che ad aggravare concorse la deviazione del femore sinistro più pronunciata che nel lato destro.

Il bacino esaminato in complesso apparisce assimetrico per

scoliosi sinistra, e come schiacciato nella parte sinistra da una forza che ha operato dal basso all'alto, dall'avanti all'indietro e da sinistra a destra, portando il pube destro sovra un piano anteriore al sinistro. La cresta iliaca sinistra giunge a livello del margine superiore del corpo della quarta vertebra lombare, che dista soltanto per due centimetri; la cresta iliaca destra, notevolmente più bassa, sta a livello della apofisi trasversa della quinta lombare. La tuberosità ischiatica sinistra è alquanto più elevata della destra. La curva sacrale è diminuita perchè ingrossato il corpo delle vertebre spurie di cui si compone; e la linea terminale per quel tratto che appartiene al sacro è leggermente concava a sinistra, quasi retta a destra.

Ma assai meglio della descrizione, daranno un giusto concetto del bacino le seguenti misure:

Altezza dell' osso iliaco sinistro . . . . . mm.	153
Id. destro	150
Conjugata esterna	124
Conjugata vera (presa fra il promontorio sacro-vertebrale e la parte superiore interna della sinfisi pubica, punti limitanti il diametro retto superiore interno minimo)	63
Diametro obliquo sinistro	95
Id. destro	110
Id. trasverso	116
Microcorda sinistra	41
Id. destra	72
Altezza della sinfisi pubica	30
Altezza del sacro in linea retta	105
Profondità massima della curva sacrale	23
Diametro cocci-pubico	60
Id. inter-ischiatico	99
Diametro sacro-pubico inferiore (fra la punta del sacro e il legamento sotto-pubico)	79

Alcuni diametri subirono qualche variazione nel processo di

essiccamento del bacino: tra questi la conjugata vera; il sacro venne tratto in addietro dai legamenti sacro-iliaci superiori e la superficie articolare delle ossa iliache apparisce allo scoperto per il tratto di millimetri quattro, allungando in pari misura il diametro conjugato che *a posteriori* si può fissare in 59 millimetri.

Riassumendo, quattro sono i fattori della pelvica viziatura: la ristrettezza generale per atrofia; l'appiattimento; la scoliosi e la introflessione del cotilo sinistro.

Il feto è di sesso maschile, ottimestre, sano e vivente:

Peso	grammi	2000
Lunghezza	cent.	41
Diametro occipito-frontale.	mm.	110
Id. biparietale	»	88,50
Id. bimastoideo	»	66
bimalare	»	61

Venne consegnato all'Ospizio dell'Infanzia abbandonata.

Alla narrazione del fatto clinico faccio seguire alcune considerazioni, le quali al certo non riesciranno nuove per quei lettori che nell'anno andato furono tra gli allievi della Clinica.

Dapprima alcune parole sovra la indicazione: non si può questa dichiarare assoluta, necessaria, impreteribile. Col solo parto prematuro non si poteva sperare di avere il feto vivente. Infatti, secondo gli accurati studii del prof. Calderini (1), alla fine del settimo mese la media del diametro Bp. è di 70,50, e quella del diametro Bm. è di 62,65; basta mettere queste cifre in confronto con la C. V. per tosto acquistare la persuasione, che anche provocato il parto nell'istante in cui incomincia per gli ostetricanti la vitalità, il feto non poteva passare senza una riduzione, che lo avrebbe ucciso. Ma se al parto prematuro si fosse fatta seguire la embriotomia, si po-

(1) Calderini G. Le dimensioni del feto negli ultimi tre mesi della gravidanza; Torino, 1875.

teva sicuramente senza difficoltà liberare la donna. Con un lieve schiacciamento della base, o con la inclinazione di questa, ottenuta con il cranioclaste o con l'uncino, si sarebbe la sproporzione corretta. Mi sono astenuto dal mettere il piede sovra questa via, perchè il parto prematuro con la embriotomia complementare conduce a risultati assai gravi per la madre, sacrificando il feto. Dirò tutte le ragioni che mi hanno fatto eliminare il parto prematuro: i risultati di questo non sono guari nella Clinica torinese soddisfacenti; perciò non sono punto inchinevole ad accettarne la alleanza con altri atti operativi; e poi il feto ha anche i suoi diritti, la cui tutela è sopratutto affidata all' ostetricante.

L' attuazione del parto prematuro spontaneo non poteva entrare nelle mie previsioni. Onde se preventivamente rifiutato avessi il taglio cesareo, io supporre doveva di dovere operare sovra un feto a termine e di medio sviluppo. Posta la questione in questi termini si può senza esitazione dichiarare che la cefalotripsia sarebbe riuscita operazione difficile e, quel che è più, molto pericolosa, vuoi per la ristrettezza generale, vuoi per l'asimmetria pelvica, vuoi per la introflessione del cotilo. Dall'altro canto potendo con fondamento di ragione considerare come attenuati notevolmente i pericoli del taglio cesareo con il metodo del Porro, io mi confermo nella opinione, che la indicazione più razionale, nello interesse delle due vite alla mia cura affidate, fu la prescelta.

Egli è certo, che se l'ostetricante potesse mettersi nelle stesse condizioni del chirurgo, il quale spesso ha la libera scelta del momento, che crede più opportuno per la operazione, sarebbe un vantaggio da non dispregiarsi. Con questo scopo in vista era mio intendimento l'operare la donna nell'ultima settimana della gravidanza e prima che fosse dichiarato il travaglio. Lasciai cadere quest'idea quando, riconosciuto il feto appena ottimestre per lo sviluppo, vidi il soprapparto imminente per i segni anatomici desunti dalla bocca dell'utero. Con lo anticipare anche soltanto di qualche giorno la nascita temetti rendere più pe-

ricolosa la vita già così difficile per gli immaturi. D'altronde è ancora allo studio la questione del momento più opportuno per operare. In attesa del responso della esperienza che potrà forse giungere a modificare le mie convinzioni, ragionando, *a priori*, io mi sento inchinevole ad intervenire prima dell'esordire del travaglio, purchè sia il feto maturo. Operando sovra un utero in stato di riposo è forse a temersi che il moncone, perchè molle, floscio e cedevole come un cencio, non offra sufficiente resistenza sotto l'azione dell'ansa stringente, che più facilmente può scivolare in basso distaccando di soverchio il peritoneo e accumulando in basso la sierosa: a questo inconveniente ed alla mobilità dell'ansa si può provvedere in modo abbastanza sicuro dividendo il moncone in due con un foro centrale fatto con un trocarre curvo, e stringendo le due metà con due fili non interamente indipendenti, perchè accavallati nel punto, in cui sono posti a contatto.

La estrazione dell'utero fu davvero assai difficile e richiese una estesa dieresi addominale, nè si ottenne senza un distinto grado di forza. Eppure era questo uno dei casi in cui doveva più facile riuscire, stante il piccolo volume del viscere e del feto. Rimasi con la impressione, che questo processo si debba in massima rifiutare, a meno che si tratti di feto molto piccolo e di utero poco sviluppato nel senso antero-posteriore. Il vantaggio, che si ha dallo incidere l'utero fuori della cavità ventrale non compensa il danno per la perdita di tempo, la estensione grande occorrente nella dieresi addominale, e per la contusione ed il distendimento di questa.

La cagione della morte si deve riporre nella peritonite traumatica che in brevi ore si fece generale. Le efficienze causali sono rappresentate dalla iniezione degli intestini, preparata dal lungo catarro intestinale, dai maneggi fatti per rimetterli in sito, dalla grandezza della ferita addominale, dalla contusione di questa, e più di tutto dalla tensione del moncone. Il fondamento del metodo, a mio avviso, è interamente anatomo-chirurgico: sta nel togliere dalla cavità addominale una superficie

cruenta, abbastanza estesa e voluminosa. Quindi sia pure lungo e voluminoso il moncone, lo scopo è raggiunto quando tutta la parte ferita, sia dalla mano dell'operatore, che per il distacco della placenta, è tenuta fuori della cavità addominale.

Parmi anzi che il mezzo più efficace per andare incontro alla retrazione del peduncolo uterino determinata dal processo involutivo puerperale, e dimostrata dallo infossarsi del medesimo, dalla successiva cicatrice, dal suo subitaneo rientramento come succedette nella prima operata del Chiara, e dai dolorosissimi stiramenti patiti dalla mia operata, sia il portare le anse metalliche sovra un punto del segmento inferiore dell'utero, che corrisponda ad un piano, se non più elevato, per lo meno eguale a quello dell'angolo inferiore della dieresi addominale. Non mi smuove da questo pensiero l'obbiezione, che si possa lasciare aderente al moncone tutto o parte dell'ovario; ammetto anche io con Chiara la convenienza dell'esportazione delle ovaie, come complemento della amputazione uterina; ma inserendosi quelle sulla zona superiore dell'utero, prima di stringere le anse si può facilmente tenere in alto le ovaie con l'utero, cui si deve dare in quel momento una posizione sollevata e perpendicolare alla superficie addominale, e con questo esportarle.

Nel caso concreto l'ansa costringente venne portata troppo in basso. Per porre un freno immediato alla emorragia volli portare una legatura provvisoria sulla radice dell'utero e stringerlo con l'istrumento del Maisonneuve. Fu un errore; per la conica figura dell'organo l'anello metallico, non fissato in maniera alcuna nei tessuti, scivolò di troppo in basso. L'ansa che doveva funzionare sino alla necrosi del peduncolo, venne collocata al di sotto (nè si sarebbe potuto fare diversamente) ed il moncone riuscì di soverchio breve.

Mi metto d'accordo con la generalità degli ostetrici, che sovra questo argomento già presero la parola, che sia a preferirsi il processo di fissare il peduncolo all'esterno. Ma a questa regola generale sono disposto a fare una eccezione: se altra volta mi accadesse di trovarmi sotto la mano un peduncolo

troppo breve preferirei dividerlo, ed allacciarlo diviso immediatamente sovra la linea dell'orificio interno, e tagliato l'utero un centimetro sopra la legatura affondarlo. Diviso il peduncolo in due e legato con robusto filo di categut, mi pare rimosso il pericolo dell'emorragia; in quel punto il volume del peduncolo non è tanto grande, ed una peritonite localizzata nei limiti dell'adesiva lo può facilmente isolare. Desidero per maggiore chiarezza aggiungere, che è soltanto in questo caso eccezionale che io mi appiglierei al partito dello affondamento del peduncolo, che per maggior sicurezza vorrei congiunto col drenaggio anche nei casi in cui la operazione decorse con il metodo Listeriano rigorosamente eseguito.

Un'altra causa concorse a rendere troppo breve nel caso mio il moncone; l'ho già accennata riferendo le note anatomo-patologiche. L' ansa definitiva venne posta al di sotto della provvisoria; la lamina peritoneale tenuta fissa in alto, non venne tratta in basso e distaccata dal sottostante tessuto muscolare, come venne avvertito dal Chiara nelle sue operate, e quindi non si è il peduncolo nello strato suo esterno allungato a spese della porzione dell'utero da amputarsi; infatti sulla superficie di sezione il peritoneo era sullo stesso piano della massa muscolare.

Quivi metto termine alle riflessioni, che dal fatto narrato si desumono. I casi infelici sono spesso istruttivi al pari e forse più dei successi. E siccome questi si accresceranno a misura che si perfezionerà il tecnicismo operativo, non ho voluto che il risultato della mia esperienza, sebbene non coronata da successo, ed insoddisfatto mi lasciasse, andasse perduto.

Il 17 gennaio dell'anno corrente ho dovuto praticare la stessa operazione in donna in più alto grado rachitica. Dopo varie e gravi peripezie, è ora che scrivo (28 febbraio), in via di guarigione. A fatto compiuto ne pubblicherò la operazione, e farò meglio conoscere i miei pensamenti sovra questa materia, lieto se potrò anch'io in qualche modo contribuire a dare favore ad una operazione, che è chiamata ad estendere il campo della ostetricia conservatrice.

OSSERVAZIONE
DI
OVAIO SOPRANUMERARIO

NOTA ANATOMICA

DEL

DOTT. LUIGI MANGIAGALLI
Medico 2.° Assistente alla R. Scuola di Ostetricia di Milano

DIRETTA DAL

PROF. CAV. DOMENICO CHIARA

Se gli studii di Van Horne (1621-1670), di Swammerdam (1868), di De Graaf (1641-1673) ci facevano conoscere la vera natura dell'ovaio, considerato dapprima come un testicolo femminile, destinato alla elaborazione dello sperma femminile, che unendosi a quello maschile plasmava nell'utero il prodotto del concepimento, bisogna risalire però fino a questi ultimi tempi per trovare nei lavori di Bischoff (1841), di Pflüger (1861), di Waldeyer (1870), ecc., nozioni esatte sul loro sviluppo e sulla loro struttura. Tali conoscenze esatte erano indispensabili per togliere ogni dubbio nell' argomento che mi occupa, potendo soltanto l' esame microscopico dare criterii assoluti di distinzione fra un ovaio sopranumerario ed altre produzioni accidentali. Osservazioni di simile fatta non offrono interesse soltanto allo studioso di teratologia, il quale ricerca le cagioni recondite di questa deviazione dalla norma, ed all' anatomo-patologo, il quale alla tavola anatomica fruga diligentemente ogni parte dell'umano organismo. Ogni ricerca per quanto umile, per quanto speculativa, per quanto superflua a prima giunta, può essere

fecondata dal soffio potente della scienza, e possono scaturirne applicazioni pratiche e scientifiche di ordine più elevato. Delle applicazioni, che si possono trarre dalla conoscenza dell' anomalia sovraindicata, parlerò più innanzi, quando avrò dato un rapido riassunto della storia di questa anomalia, storia d'altronde breve poichè Klob poteva scrivere nel 1863, che sino allora non era ancora stato osservato alcun caso di ovaio sopranumerario (1).

È curioso che mentre la casuistica di tale anomalia si arricchisce mano mano di osservazioni irrefutabili, perchè accompagnate dall' esame microscopico, la casuistica di un'anomalia d'ordine opposto (mancanza congenita delle ovaie) viene sfrondata di molte osservazioni da un esame critico dei fatti e dal loro studio comparativo. Infatti i casi di Morgagni, di Pears, di Cripps, in cui si dicevano mancanti entrambe le ovaie, non si possono più riguardare come assolutamente dimostrativi, dopochè dagli studii di Rokitansky e di Klob si è risaputo che le ovaie possono sciogliersi dai loro legami per torsione sul loro asse, e che le ovaie così sciolte possono fissarsi in altri luoghi ed anche essere riassorbite (2). Lo stesso dicasi del pezzo presentato da Langenbeck e che esaminato di nuovo da Foerster, offrì ovaie, un padiglione tubario ed un utero rudimentale. Ma ritorniamo allo studio dell'anomalia caratterizzata dall' aumento di numero dell' organo germinale femmineo. La simmetria laterale è quella che viene più raramente turbata nell'ordine teratologico, e tanto più raramente quanto maggiore l'importanza dell'organo; e lo dimostra lo studio delle anomalie degli organi sessuali, vuoi nel maschio, vuoi nella femmina. Le più frequenti eccezioni si trovano per quegli organi, che duplici nell'uomo, sono invece molteplici nella classe animale identica od affine. Ciò vale per le mammelle, di cui si hanno molti esempi di pluralità, e che appunto numerose e disposte in serie

(1) Klob. Pathologische Anatomie der Weiblichen Sexualorgane, p. 314.
(2) Olshausen. Die Krankh. der Ovarien, p. 11. Stuttgart, 1877.

parallele esistono nella maggior parte dei mammiferi, costituendo uno dei caratteri più generali della classe. Aumentando la dignità funzionale dell'organo, diminuisce la frequenza delle anomalie, talchè, per esempio, sono rarissimi i casi di pluralità dei testicoli e Geoffroy dubitava della autenticità dei casi riportati. Quanto all' eccesso di numero delle ovaie, nell' anno stesso in cui Klob emetteva la sua sentenza, questa veniva annullata da una osservazione di Grohe, il quale presentava un preparato dimostrativo di tale anomalia alla Società dei Naturalisti di Stettino (1). Dopo qua e là vennero comunicate altre osservazioni; e se noi stiamo alle affermazioni di Beigel, del cui lavoro ci occuperemo in seguito, non sarebbe infrequente l'osservare produzioni presentanti la struttura del tessuto ovarico, e che probabilmente passano la maggior parte delle volte inosservate. Riportando quivi la mia osservazione, che credo la prima italiana, farò precedere ad essa il riassunto delle osservazioni riferite come esempi di tale anomalia dai rispettivi autori, non solo pel desiderio di fare uno studio completo, ma perchè solo dal loro confronto e dal loro studio d'insieme è possibile trarne considerazioni e corollarii che invano si chiederebbero allo studio di un caso isolato.

1.° Grohe. Una donna morta in 40.° anno presentava a destra un grande ovaio, a sinistra due ma piccoli, l' uno unito all'utero mediante un legamento ovarico proprio, mentre l'altro alquanto più discosto era rinchiuso in una duplicatura peritoneale. Tutte e tre le ovaie avevano funzionato. La donna avea avuto tre figli (2).

2.° Klebs presentava il 14 febbraio 1864 alla Società Ostetrica di Berlino un preparato spettante ad una donna restata sterile e morta per un' affezione polmonare. L' ovaio sinistro

(1) Prima dell'affermazione di Klob era stata pubblicata la osservazione di Gintrac. — Ovaires bilobés présentant une longueur de 7 cent. constatés sur une fille de dix-huit ans, manquant de vagine et d'utérus (Gazette médic. de Paris; 1861, N. 1. — Ma la divisione non era completa, e non era stato praticato l'esame microscopico dell'istmo.

(2) Grohe. Monatschrift. f. Geburtsk. XXIII, p. 67. 1864.

aveva il volume d'un piccolo pomo e presentavasi sotto forma di un sacco a pareti bianche resistenti, nella posteriore delle quali scorreva la tuba. L'estremità addominale di questa era fusa colla parete del sacco ovarico, e presentava l'aspetto di una tumescenza allungata, solcata di tratto in tratto da strozzamenti. In luogo dell'ovaio destro si osservavano due corpi separati da un cordone bianchiccio lungo 1 $^1/_2$ cm., offerente l'apparenza del legamento ovarico: di essi l'esterno rassomigliava completamente all'ovaio sinistro, l'interno constava di una massa resistente, disseminata di cicatrici, e che racchiudeva sotto una spessa albuginea numerosi corpi fibrosi. Nelle ovaie di ambo i lati si trovavano resti di follicoli atrofici (1).

3.° De-Sinéty fece conoscere un caso molto interessante, riguardante un neonato, nel quale un ovaio presentava 6 appendici peduncolate, le quali erano tutte cistiche ad eccezione di una che era solida e presentava completamente la struttura dell'ovaio con follicoli ed ovuli (2).

4.° Olshausen riferisce un caso spettante ad una donna di 36 anni, la quale aveva avuto tre figli ed erasi presentata a lui per un tumore addominale, dal quale il ventre era espanso come in gravidanza inoltrata. Egli esportò il tumore che era a molte concamerazioni e si comportava come un cistoma ovarico multiloculare, ma a pareti molto sottili, facilmente lacerabili, con un peduncolo dello spessore di un pollice, che s'inseriva alla parete posteriore dell'utero 2 cm. all'indietro della inserzione del legamento ovarico. Dopo la morte della paziente si trovarono entrambe le ovaie al loro posto, ma involte completamente da spesse membrane di connettivo, d'aspetto cotennoso (Bindege webs schwarten). L'impianto del peduncolo del tumore esportato era al luogo indicato, senzachè la sostanza o la forma dell'utero fossero alterate in alcun modo. Esso presentava nessuna connessione col legamento largo (3).

(1) Klebs, idem, p. 405.
(2) De Sinéty. Mouvement médical 20 juin 1875.
(3) Olshausen, l. c. p. 12.

5.° Winckel. Questo caso risguarda una donna di 77 anni, morta di cirrosi epatica, e che a malgrado delle sue tre ovaie, benchè maritata, non aveva mai concepito. Questo caso si distingue dagli altri descritti: 1.° perchè il 3.° ovaio non si trovava al di dietro dell'utero ed in vicinanza di una delle ovaie normali, ma al davanti dell'utero: 2.° perchè il 3.° ovaio era unito alla parte anteriore del fondo dell' utero con un manifesto e forte legamento lungo 17 mm., il cui punto d' inserzione si trovava 1 cm. all'avanti dell'inserzione della tuba, vicino all'inserzione del legamento rotondo: 3.° perchè entrambe le ovaie normali, quantunque i loro legamenti fossero ineguali, si assomigliavano completamente, e nelle loro vicinanze non si trovavano traccie di peritonite: 4.° perchè il 3.° e più grande ovaio era unito solidamente alla parete posteriore della vescica, mediante una piega liscia, triangolare, colla sua base rivolta alla vescica. Particolarmente interessante fu l' esame della vescica: al disopra del legamento interureterico sulla mucosa vescicale fortemente injettata si trovò una serie di ecchimosi. La vescica, molto grande, rilasciata, a pareti sottili, presentava alla parete posteriore, alquanto a destra, un diverticolo che si estendeva all' indietro verso il luogo, ove la sovra accennata piega, che assicurava il terzo ovaio, terminava all'apice anteriore di quest'ultimo. Vedremo in seguito come l'autore ne tragga partito per formulare una spiegazione embriogenica. La diagnosi anatomica venne fatta coll'esame microscopico praticato da Birch-Hirschfeld (1).

6.° Koeberlé ha osservato un piccolo ovaio sopranumerario perfettamente caratterizzato dal punto di vista istologico, e situato alla estremità interna dell' ovaio principale da cui era nettamente separato (2).

7.° Winkler. In una donna di 39 anni, che aveva partorito

(1) Winckel. Die Patologie der weiblichen sexual organe in Lichtdruck-Abbildungen. Erste Lieferung, p. 28. Leipzig 1878.

(2) Koeberlé. Des maladies des ovaires et de l'ovariotomie. Extrait du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, p. 499. Paris 1878.

normalmente sette anni prima, erasi sviluppato da sei anni un tumore addominale, diagnosticato come un tumore cistico appartenente all'ovaio destro. Il 28 agosto 1877 venne praticata l'ovariotomia, che fu difficile per le estese aderenze.

L' ovaio destro, perchè disseminato di piccolissime cisti, fu legato ed esportato, e lo stesso si fece dell'ovaio sinistro in cui si erano sviluppate una grande ed una piccola cisti. Infine, venne esportato per ultimo il corpo considerato come un terzo ovaio a peduncolo evidente, il quale s' inseriva circa 28 mm. al disotto della legatura della grande cisti sulla faccia posteriore del legamento largo di sinistra. Ad occhio nudo offriva tutte le apparenze di un ovaio, ed alle estremità de' suoi margini eranvi due cisti, l'una del volume di una ciliegia, e l'altra di una fava. L'esame microscopico praticato da Birch-Hirschfeld lo dimostrò un ovaio, non completamente sviluppato, con isolamento perfetto dei follicoli, ma rimasto allo stato fetale, e presentante nella sua struttura una certa analogia coi tubi delle ghiandole testicolari (1).

8.° Kocks trovò un terzo ovaio annesso all'utero canceroso, da lui esportato in totalità, come già accennai nella Rivista della sua Memoria nel fascicolo antecedente. L'ovaio sopranumerario aveva una lunghezza di 2 cm., una larghezza di 1 cm. ed uno spessore di 0,75 cm. Il suo parenchima, il suo ilo, il suo follicolo scoppiato, come pure le più vecchie cicatrici alla sua superficie, non lasciavano alcun dubbio che esso avesse funzionato. Esso era collocato a sinistra verso l'interno, discosto 1-2 ctm. dall'utero (2).

9.° La mia osservazione infine venne raccolta praticando l'autopsia di un feto estratto colla cefalotrissia. Il disegno in proporzioni al vero, eseguito gentilmente dietro mia preghiera dal dottor Frua, mi dispensa da una minuta descrizione. Aggiungerò soltanto che l' esame microscopico del corpicciuolo,

(1) Winckler. Archiv. f. Gynaek. Bd. VIII. — H. II, p. 276. 1878.

(2). Kocks. Ueber die total extirpation des uterus. — Archiv. f. Gynaek. XIV Bd. I H. p. 149. — 1879.

praticato dal dott. Visconti, direttore del Gabinetto anatomo-patologico di questo Ospedale Maggiore, ne dimostra nel modo il più evidente la sua natura, che le due ovaie normali offrivano quasi le stesse dimensioni, e che non esistevano le menome tracce di peritonite nè recente, nè antica.

Dunque prescindendo dalla mia, sarebbero otto le osservazioni di *ovaio sopranumerario* da me raccolte in seguito alle mie investigazioni. Anche il Puech, così diligente raccoglitore, nella sua Memoria *sur les Anomalies des ovaires*, ne espone tre, comprendendovi quella di Gintrac, ed in una sua nota bibliografica, pubblicata nel 1.° fascicolo degli *Annales de ginécologie* del 1879, e venuta a mia cognizione dopochè io aveva già completato le mie ricerche, fa cenno delle osservazioni di Koeberlé, di Olshausen, di De-Sinéty, di Kocks, di Winkler, ommettendo quella di Winkel, pubblicata nel 1.° fasciolo di un'opera in corso di pubblicazione, e della quale io davo notizia ai lettori della *Medicina Contemporanea* nel luglio 1878. Ciò mi fa credere che le mie omissioni non devono essere numerose. Però, come già accennai dapprincipio, dopo la pubblicazione della memoria di Beigel, la questione sarebbe entrata in una nuova fase, e stando alle sue ricerche, gli investigatori dovrebbero relativamente di frequente imbattersi in produzioni aventi la struttura del tessuto ovarico. È noto come specialmente per gli studii di Waldeyer venisse posto in sodo, che il peritoneo non riveste l' ovaio con alcuno de' suoi elementi, ma si arresta al suo contorno con una linea ondulata, di cui i limiti sono abbastanza rilevabili, per speciali caratteri fisici, anche all'occhio nudo o semplicemente armato di lente. Su questa linea di limitazione, di confine (Grenzlinie) Beigel osservò non affatto raramente piccole formazioni, le quali presentavano l'aspetto di piccoli fibroidi. « Queste formazioni, egli scrive, io » le ho trovate 8 volte esaminando i genitali di 350 donne: » il loro punto di partenza era *senza eccezione* la linea di li- » mitazione del peritoneo, la loro grandezza variava da quella » di un grano di canape a quella di una piccola ciliegia (8 mm.

» di diametro) ». E più avanti prosegue: « quando io sotto-
» posi *una* di queste formazioni all' esame microscopico, spe-
» rando di trovare tessuto fibroso, fui meravigliato di scor-
» gere tessuto ovarico normale con follicoli nei diversi stadii
» di sviluppo (1). » Anche nella classica opera di Waldeyer (2) si trovano disegnate (Tav. I, fig. 2.ª) piccole formazioni accanto all' ovaio di un neonato; e benchè nel testo non se ne parli, nella spiegazione delle figure vengono indicate quali *piccoli paraovarii* (Kleine Nebeneierstöcke), e vi si aggiunge che essi s'incontrano non raramente nei neonati e *che come formazione più avanzata del genere si potrebbe riguardare il caso descritto da Grohe.* E lo stesso Waldeyer scriveva a Beigel: « io pure conosco le formazioni da lei ricordate, ma non le
» ho mai fatte oggetto di ricerche speciali. Io le considerai....
» quali *paraovarii* (3) in optima forma. Alcune possono ripetere
» la loro origine da distacchi dall' ovaio per strozzamento, e
» poichè la diffusione dell'epitelio germinale nel feto è variabile
» e non è sempre a contorni decisi, così la produzione di tali
» piccoli ovarii succenturiati può essere accettabile e spiega-
» bile (4) ».

In tal modo siamo anche entrati coll' autorità di Waldeyer nel campo delle ipotesi per trarne una spiegazione di questa deviazione dal tipo organico. E l' esame comparativo dei casi da me riportati ci apporta luce sull'argomento ed apre l'adito a parecchie interpretazioni. Leggendo infatti attentamente le osservazioni accennate si scorge subito come alcune di esse si riferiscano ad alterazioni del nisus formativus, mentre in altre si tratta di scissione di organi già sviluppati secondo il loro tipo, anzichè di vera e propria moltiplicazione. A questa serie

(1) Beigel. Ueber accessorische ovarien. — Wiener Medizinische Wochenschrift 1877. N. 12.

(2) Waldeyer. Eierstock und Ei. Leipzig 1870.

(3) Beigel a ragione fa osservare come la parola paraovario potrebbe ingenerare confusione.

(4) Beigel, l. c.

appartengono quei casi, in cui per un'azione morbosa sopravvenuta nel corso della vita fetale od extra-uterina, l' organo germinale già costituito venne a subire divisioni più o meno complete. E riunendo gli elementi posseduti dalla scienza, si possono percorrere tutti i gradi successivi della lesione; e completando reciprocamente i reperti delle varie osservazioni, si può quasi ricostruire l'edificio teratologico e determinare le diverse fasi per cui è passata la lesione nei casi più accentuati. Certamente non sempre havvi concordanza dei fatti embriologici e teratologici; ma è specialmente nel campo delle alterazioni fetali, che la storia di una lesione si compie con tale metodo ed un nuovo reperto viene a fornire l' anello di congiunzione di altri che parevano privi di nesso fra di loro. Così dal caso di Rosenburger (1) in cui le ovaie presentavano intaccature più o meno profonde ed irregolari, si passa successivamente al caso di Gintrac in cui tale divisione è più accentuata, essendo la divisione dell'ovaio sinistro marcata da una semplice depressione stretta ed obliqua, mentre i due lobi dell' ovaio destro sono separati da un istmo di $^1/_2$ cm., e dal reperto di Gintrac si potrebbe passare a quello di Klebs, in cui al posto dell'ovaio destro si trovavano due corpi separati l'uno dall'altro da un cordone biancastro. Di questo disgraziatamente non venne fatto l'esame istologico: ma è forse illogico l'interpretare che in questo caso si sia compiuta quella divisione appena accennata nel caso di Rosenburger e più spiccata in quello di Gintrac? Lo stesso dicasi del caso di De Sinéty, in cui tale divisione era molteplice e del caso di Olshausen, in cui l'autore stesso ammette tale genesi, e non è alieno dal considerare l'ovaio sopranumerario, sede di tumore cistico, come staccato dall'ovaio sinistro per strozzamento in conseguenza di peritonite di cui eranvi traccie manifeste. Comunque sia e qualunque sia il numero di casi in cui si voglia ripetere l' anomalia da ab-

(1) Rosenburger. Citato da Puech nel lavoro des ovaires e de leur anomalies, p. 36.

norme divisione, è evidente come si possa invocare una tale genesi almeno per una data serie di casi. Ora in qual modo possiamo noi spiegare tale divisione? La peritonite fetale potrebbe intervenire in alcuni casi, ed abbiamo visto come Olshausen la invochi nel caso che gli spetta. Veramente questo autore non allude all' epoca probabile della peritonite di cui accenna alle vestigia raccolte al tavolo anatomico, ma mi ripugna il credere che negli adulti una peritonite possa condurre a tale divisione. Ciò dimostra l'aggiustatezza della osservazione di Puech, il quale mette in rilievo la necessità di conoscere in modo preciso i diversi diametri, il peso e la forma abituale di un organo, non solamente all' epoca in cui ha raggiunto il suo completo sviluppo, ma anche dal momento della sua formazione sino ai limiti dell'estrema vecchiaia. Con tali dati sarebbe più facile lo studio delle anomalie di sviluppo di essi organi. Se l'ipotesi accennata può accettarsi pei casi in cui vi sono vestigia di peritonite, per un' altra serie di casi della stessa categoria, in cui manchino tali traccie, si potrebbe invocare con Freund la distensione anormale del grosso intestino pel meconio, distensione, che portata al di là di certi limiti, condurrebbe sotto l'influenza di una pressione prolungata alla lesione precedentemente studiata. Il fatto della maggior frequenza delle intaccature ovariche sopra accennate a destra si spiegherebbe coll' altro fatto che nei primi mesi della vita fetale il retto ha sua sede a preferenza alla parte destra del bacino.

Alcuni casi però sfuggono a simile interpretazione, e fra essi indubbiamente il caso di Winckel, in cui l'ovaio sopranumerario era il più voluminoso, aveva un legamento ovarico proprio, e trovavasi nei rapporti indicati col diverticolo della parete posteriore della vescica. E l'autore infatti non accetta pel suo caso l'ipotesi di una scissione, ma bensì quella di una separata formazione di tre ovaie; e considera lo sviluppo del 3.° ovaio situato anteriormente come dipendente, in accordo colle ricerche di Van Beneden, dalla porzione del foglio intestinale destinato a formare originariamente il sacco a fondo cieco del

retto. Comunque si pensi di questa interpretazione, l'ipotesi enunciata da Waldeyer nel brano soprariferito della lettera rivolta a Beigel, può darci una spiegazione facile e piana degli altri casi di ovaie sopranumerarie, che non possono considerarsi come l'effetto di una scissione avvenuta per una causa morbosa, risieda questa o nell'azione di un prodotto flogistico fetale, ovvero in una pressione smodata esercitata dal retto ripieno di meconio. — Waldeyer nella sua lettera sopra accennata dice: « l'estensione dell'epitelio germinale è variabile e non è sempre a contorni recisi » e con queste parole adombra una ipotesi per la spiegazione della genesi delle ovaie sopranumerarie. — A mettere più in luce il concetto, quale a me sembra abbozzato nelle parole di Waldeyer, non sarà inutile il premettere un cenno sul modo di formazione e di sviluppo dell'organo germinale femminile, seguendo le idee esposte nel classico lavoro di Waldeyer sull'ovaio, lavoro che costituisce un monumento di dimostrazione anatomica rigorosamente condotta. — Noi sappiamo che il corpo di Wolf destinato alla formazione degli organi uro-genitarii costituisce ad una data epoca dello sviluppo embrionale una massa nettamente circoscritta, la quale sporge sul celoma o cavità pleuro-peritoneale, ed è rivestito da uno strato più o meno spesso di cellule cilindriche, che da Waldeyer ha ricevuto il nome di epitelio germinale. Tale epitelio si differenzia da quello che tappezza le altre superficie limitanti del celoma, epitelio quest'ultimo che presenta già i caratteri dell'endotelio delle sierose. Nelle evoluzioni successive di quest'epitelio germinativo che deve contribuire alla formazione dei canali di Müller e dell'ovaio potrebbe darsi che o per la maggior diffusione de' suoi elementi o per la dispersione di un gruppo di essi, o prima o durante il lavorìo di differenziazione tra ovaio e canali di Müller, si isolasse un nuovo nucleo di essi con la loro potenziale attività anatomica e fisiologica in relazione postuma variabile colle tube o coll'utero che provengono dai canali di Müller. E come si può invocare con Pouchet la genesi delle cisti dermoidi, col

fatto che, in un dato momento della vita embrionaria, le cellule che formeranno il corpo di Wolf trovansi in contatto colle cellule del foglietto esterno e possano quindi trascinarne alcuna nel loro progressivo sviluppo, la quale contenga potenzialmente peli o denti, non ripugna per nulla che nella evoluzione degli organi genito-urinari interni qualche gruppo di cellule di epitelio germinale coi loro ovuli primordiali si trovi, per così dire, tratto fuori dalla propria orbita di sviluppo. Ciò avviene, per esempio, normalmente nelle Naiadi, in cui le ovaie formano quattro masse principali, ma trovansi pure degli ovuli isolati lungo l'ovidotto (1). Porrò termine a queste considerazioni aggiungendo come anche Spencer Wells accetti che occasionalmente gli elementi essenziali delle ovaie sieno dispersi tra i fogli dei legamenti larghi, conformemente al fatto che eziandio nei mammiferi si sono trovati in alcuni casi follicoli di Graaf ad una certa distanza dall'ovaio; che anzi Sappey ascrive le cistiche formazioni che occorrono nell'*ala vespertilionis* ad una emigrazione di ovuli nel mesenterio dell'ovaio (2). E questa ipotesi io accetto pure pel mio caso.

Abbozzate in tal modo le ipotesi che possono renderci ragione di tale anomalia, resta ora a mettere in rilievo le applicazioni pratiche che si possono trarre dalla sua conoscenza:

1.° Essa potrebbe fornire un nuovo argomento a favore dei sostenitori della classica teoria della mestruazione in relazione colla maturazione dei follicoli ovarici, togliendo valore all'argomento portato in campo dagli oppositori della persistente menstruazione in alcuni casi di ovariotomia doppia. Infatti potrebbe darsi che in simili casi la menstruazione sia stata in dipendenza colla maturazione di follicoli di un ovaio sopranumerario, maturazione la cui possibilità è dimostrata ad evidenza da alcuni dei casi da me riportati.

(1) Duges, Ricerche anatomiche sulla circolazione, la respirazione e la riproduzione degli Anellidi abranchi. Annali medici di Storia Naturale, t. I, p. 226, Bologna, 1832.

(2) Queste due ultime citazioni vennero tolte al lavoro di Hegar. Die Castration der Frauen, p. 67.

Ovaio sinistro
Utero
Ovaio destro
Ovaio sopranumerario

2.° La mancanza di un padiglione tubario, il quale applicandosi all'ovaio sopranumerario permettesse all'ovulo espulso di penetrare nell'utero e quindi essere eliminato, potrebbe essere causa di gravidanza extra-uterina potendo i nemaspermi trasmigrare entro certi limiti nella sierosa pelvica.

3.° Alcune volte lo sviluppo di tumori in ovaie sopranumerarie potrebbe porre in imbarazzo il clinico per la loro sede. Così nel caso di Winckel, se qualche tumore si fosse sviluppato in grembo all'ovaio anteriore (sopranumerario) per i rapporti di questo colla vescica si poteva facilmente incorrere in un errore diagnostico. Ad ogni modo l'operatore dovrebbe badare a non lasciare elementi di recidiva quando pratica l'ovariotomia. E quest'ultima induzione ebbe già la conferma della pratica nel recentissimo caso di Winckler, in cui questi estirpò tre ovaie cisticamente degenerate.

4.° Un'ultima considerazione d'interesse anatomo-patologico potrebbe forse suggerirla una recente pubblicazione del dottor Mazzotti. Questi pubblicava nel fascicolo di gennaio 1879 del *Bullettino delle Scienze Mediche* di Bologna una interessantissima osservazione di cistoma colloide del paraovaio sinistro. Questo tumore che forma in tal modo eccezione alla legge della unilocularità delle cisti sviluppantesi dagli otricoli dell'organo di Rosenmüller, non potrebbe dare adito all'ipotesi che forse un piccolo ovaio sopranumerario ne fosse il punto di partenza? Chi osserva la sede del piccolo ovaio succenturiato, da me fatto disegnare, può di leggieri persuadersi come un cistoma eventualmente sviluppatosi in esso, se la bambina fosse nata viva ed avesse sopravvissuto, avrebbe potuto indurre alle stesse considerazioni.

Lo studio di questa anomalia dimostra per lo meno come nel campo scientifico non sieno per avventura inutili anche le ricerche più modeste, e come ogni indagine minuziosa e metodica possa condurre a risultati proficui per la scienza e per l'arte.

LE ECCHIMOSI SOTTOPLEURALI E SOTTOPERICARDICHE
DEL FETO E DEL NEONATO
SOTTO IL PUNTO DI VISTA OSTÈTRICO E MEDICO-LEGALE

STUDIO

DEL

Dott. ALESSANDRO CUZZI

MEDICO 1.° ASSISTENTE NELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

(*Continuazione*).

Il distacco completo della placenta dalla superficie uterina, qualunque ne sia la causa determinante, darà necessariamente luogo alla morte del feto per asfissia, se questo non è messo rapidamente nelle condizioni di fruire della respirazione polmonare. Non è necessario dare lunghe spiegazioni per comprenderne il meccanesimo; distrutte le connessioni utero-placentari, ed i rapporti fra i capillari placentari ed i seni uterini, lo scambio gazoso fra madre e feto diventa impossibile e la morte per asfissia pende sul capo del prodotto del concepimento. Non è indispensabile che il distacco sia completo; quando esso è tale che la porzione di placenta ancora aderente sia incapace di sopperire ai bisogni della respirazione endo-uterina, il feto soccombe egualmente. Si sa che il metodo di Barnes nella cura delle metrorragie per placenta previa consiste nel distacco artificiale di tutta la porzione placentare fissata sulla zona cervicale dell'utero, al disotto del cerchio polare inferiore (1). A

(1) Barnes. Leçons sur les operations obstetricales, trad. Cordes. Paris 1873.

mente dell'Ostetrico inglese la porzione della placenta ancora aderente dovrebbe essere sufficiente per la ematosi fetale. Ciò viene a dirci che non tutti i distacchi parziali della placenta, qualunque sia il suo punto di inserzione, debbano produrre l'asfissia nel feto. Ma però desso può soccombere per un altro meccanesimo. Il distacco dei villi placentari non avviene senza lacerazione di vasi, donde emorragia fetale. Il peso medio del feto a termine supposto di gr. 3000, la quantità del suo sangue, eguale ad $^1/_{13}$ del peso del corpo, sarà di gr. 230 circa. Ciò spiega come leggere emorragie successive, prodotte col meccanesimo sopradescritto possano essere fatali al prodotto del concepimento. Se ho ricordato ciò, lo feci con intenzione; nelle nostre autopsie avvene una, la 15ª, secondo la quale la morte del feto deve essere appunto avvenuta in questo modo. È questo anzi uno degli inconvenienti del metodo di Barnes contro le metrorragie per ectopia della placenta. Ricordo due casi di placenta previa centrale occorsimi nella clientela privata, l'uno con feto in presentazione di vertice, l'altro in presentazione di spalla, nei quali ricorsi appunto al bendaggio compressivo, ed al distacco parziale della placenta. I due feti, estratti l'uno col forcipe e l'altro col rivolgimento, vennero alla luce morti con un grado spiccatissimo di decolorazione della cute e delle mucose. L'impressione ricevuta allora mi fece attribuire la morte ad anemia per emorragia fetale da distacco placentare. E poichè sono su questo argomento, un'ultima riflessione: per quanto riguarda l'asfissia intrauterina prodotta dal distacco parziale della placenta io credo che essa venga in scena più facilmente, se il distacco si ottenne ad arte che non quando avvenne in modo accidentale. Difatti se il distacco è ottenuto ad arte, succede rapidamente; in tal modo si abolisce pure rapidamente un notevole campo della zona di ematosi utero-placentare. Se invece il distacco avvenne accidentalmente, non si compiè che grado grado, a poco a poco. Ora riportandoci alle cognizioni fisio-patologiche dei versamenti pleurici noi dobbiamo ritenere che la soppressione di una data zona respiratoria della pla-

centa sia meglio tollerata quando avviene lentamente, perchè appunto un versamento endopleurico prodottosi rapidamente fa correre pericoli di asfissia più gravi al paziente di quelli che si verificano negli idrotoraci a lento decorso.

La procidenza del funicolo è una delle cause più frequenti dell'asfissia endo-uterina. Nelle nostre osservazioni tiene uno dei posti più importanti. È facile comprenderne il meccanesimo; supponiamo, una presentazione di vertice con funicolo procidente, a travaglio avviato, ed a membrane rotte: il cordone compresso fra testa fetale e pareti pelviche non permette più in quantità sufficiente il passaggio del sangue fetale, che è spinto alla placenta, organo dell'ematosi; questa funzione trovasi perciò disturbata od abolita, e il feto soccombe più o meno rapidamente all'asfissia.

Altri fattori possono opporre ostacoli più o meno gravi al circolo feto-placentare. Così i giri di funicolo attorno al collo del feto vengono talora stretti durante il periodo espulsivo dall'avanzarsi della parte presentata in modo tale, da dar luogo alla morte del feto, non per strangolamento, ma per il difficoltato afflusso di sangue alla placenta, e quindi per asfissia. Una causa quasi simile alla precedente sarebbe *la compressione del funicolo*, che descrive, ad esempio, un giro attorno al tronco del feto, *fra l'utero retratto ed il dorso del prodotto del concepimento.* Si capisce facilmente come questo fatto debba avvenire raramente, ed in ispecie quasi mai isolato, ma unito con altri fattori di asfissia.

L'impedito od il difficoltato circolo sanguigno nello spessore delle pareti uterine ed in corrispondenza della zona ove si inserisce la placenta, può a sua volta essere causa di asfissia intrauterina. E ciò si comprende: impedito o diminuito l'arrivo dei materiali respiratori alla placenta, materiali che sono appunto trasportati dal circolo materno, il feto è minacciato di asfissia. *La durata insolita del travaglio del parto dopo la rottura delle membrane* può agire in questo modo. Finchè il liquido amniotico, prevenendo la retrazione dell'utero, conserva i

rapporti fisiologici fra la madre ed il prodotto del concepimento, il feto non corre molto pericolo; perciò è raro che esso soccomba durante il periodo dilatante, con membrane integre. Ma una volta rotte le membrane, l'evacuazione del liquido amniotico è susseguita dalla retrazione dell'utero che ha appunto per effetto di restringere il volume dei suoi vasi, e di diminuire il circolo nello spessore delle pareti uterine e quindi anche a livello dell'inserzione della placenta. Se questo disturbo dura poco, la vitalità del feto trionfa ed esso resiste; ma al di là di un certo limite esso o soccombe all'asfissia, o nei casi più fortunati, nasce in istato di morte imminente.

La retrazione dell'utero, quando è eccessiva, anche indipendentemente dalla lunga durata del travaglio può bastare ad uccidere il feto col meccanesimo dell'asfissia. Ciò si verifica avvenire specialmente nelle presentazioni di spalla con scolo della quasi totalità del liquido amniotico, dopo infruttuosi tentativi di versione od improvvida amministrazione di segale cornuta, che aumentano la potenza retrattile dell'utero.

Una retrazione eccessiva, fisiologica, noi vediamo accadere anche nell'ultimo momento di un parto normale, il parto per il podice. Dopo l'espulsione della maggior parte, o di tutto il tronco, l'utero per far presa sulla testa fetale rimasta pressochè sola nella sua cavità, e spingerla attraverso alla filiera pelvica, deve retrarsi notevolmente per addossarsi sul suo contenuto; i suoi vasi quindi rimarranno compressi dalla progressiva retrazione della parete uterina, ed in tal modo sul capo fetale pende una minaccia di asfissia, che si fa sempre più grave, man mano che l'espulsione completa del prodotto del concepimento va in lungo. Arrogi che giunte le cose a questo punto abbiamo anche una procidenza *inevitabile* del funicolo ombellicale, che può essere compresso fra testa e bacino, e quindi la presenza di un altro fattore capace di determinare l'asfissia intrauterina.

In tal modo resta dimostrata e l'esistenza di una ematosi fetale, e la possibilità che tale funzione possa venir disturbata

da cause, diverse per il meccanesimo di azione, ma simili per il risultato finale, che è sempre la sospensione o la notevole diminuzione dello scambio gazoso in corrispondenza della placenta. Procediamo ora più innanzi nel nostro studio; dopo l'etiologia, la sintomatologia. Quale quadro fenomenologico dovrebbe dominare la scena se queste cause venissero ad agire? Ricordiamoci che il feto nella cavità uterina si trova sommerso nel liquido amniotico; sospendendosi più o meno completamente l'ematosi placentare esso cercherà di respirare coll'apparato polmonare. Farà quindi moti respiratori nell'ambiente, nel quale si trova, e saranno i fenomeni di annegamento quelli che dovrebbero mostrarsi.

Malgrado la conoscenza più o meno completa delle cause dell'asfissia endo-uterina, i sintomi si accumulano e si confondono talmente in quel disordine funzionale dell'intero organismo, che per saperli convenientemente valutare è utile conoscere il quadro clinico dell'annegamento. Si è appunto con questa guida che io cercherò di fare un po' di luce nel caos delle autopsie da me riferite. Uno studio abbastanza completo sulla morte per annegamento è stato recentemente fatto dai dott. Bergeron e Montano (1). Secondo questi autori nell'individuo che cade nell'acqua si manifesta dapprima un'inspirazione di sorpresa che conduce l'acqua in contatto colla mucosa respiratoria. Poscia compare la tosse dovuta alla penetrazione di un corpo straniero nelle vie aeree, e l'emissione di parte dell'aria contenuta nei polmoni sotto forma di bolle più o meno voluminose. Succede quindi una calma di qualche secondo; il sommerso istintivamente o volontariamente sospende ogni inspirazione. Un po' più tardi succedono sforzi volontari, coi quali l'individuo cerca di lottare per la sua salvezza, sforzi che si convertono dopo breve ora in convulsioni e movimenti riflessi sempre più deboli. Infine, cessate le convulsioni generali avvengono

(1) Bergeron et Montano, Recherches sur la mort par submersion. — Ann. d'Hygien. pubb. et med. leg. 1877, 2.ª serie, p. 332.

movimenti inspiratori profondi ed intensi, e da ultimo dilatazione della pupilla, paralisi degli sfinteri, e la morte. Qualche volta invece è la sincope quella che chiude la scena in modo molto più rapido. Bergeron e Montano raccontano appunto un caso di questo genere avvenuto nella terribile innondazione di Tolosa del 1875, durante la quale si vide un individuo, aggrappato alle inferriate di una finestra attendente soccorsi, mentre che man mano il livello delle acque si innalzava, abbandonare ad un tratto l'inferriata trascinato dalla corrente, e colla testa ricurvata sul torace, non fare alcun sforzo per salvarsi. In questi casi certamente i segni più caratteristici della morte per annegamento dovranno fare difetto.

Le cose avvengono nello stesso modo nei casi di asfissia intrauterina? Quantunque l'esame degli organi dopo la morte sia talora imbarazzante per le alterazioni accidentali, che ne ponno mascherare il reperto, o perchè le lesioni stesse sono poco accentuate, tuttavia è permesso affermare che il quadro fenomenologico non deve essere molto diverso. Mancando ad un tratto la ossigenazione del sangue nella placenta, il feto fa delle inspirazioni e dilata la cassa toracica onde cercare per altra via l'ossigeno, del quale ha bisogno. La dilatazione è proporzionale alla potenza dei muscoli respiratori, che cercano di lottare contro la pressione endo-amniotica. Ciò darà luogo *a diverse* conseguenze importanti. E prima di tutto il sangue che nel feto per mezzo del condotto arterioso dall'arteria polmonare si getta nell'aorta, sarà aspirato verso la cavità toracica dal vuoto prodottosi in seguito all'atto inspiratorio. Abbandonando quindi la via fino allora battuta, si riverserà attraverso le due diramazioni dell'arteria polmonare nella ricchissima rete capillare peri ed endo-alveolare destinata durante la vita extrauterina alla funzione dell'ematosi. In tal modo il sangue irrora largamente il polmone e ne cangia il colore grigiastro, proprio della vita endo-uterina, in roseo, più o meno intenso, a seconda della quantità di sangue che ha disteso i capillari polmonari. Di questo cangiamento di colore è bene tenerne conto, perchè

può tornare utile nello apprezzare le lesioni polmonari. Inoltre il liquido amniotico, nel quale il corpo fetale è sommerso, cerca di precipitarsi, attraverso la bocca ed il naso, nelle vie aeree, per guadagnare la trachea ed i bronchi. E ciò sempre in virtù dell'aspirazione prodotta dalla dilatazione della cassa toracica più sopra accennata. Qualunque però sia la quantità di liquido amniotico penetrato nei bronchi, il polmone non verrà mai completamente disteso come nella respirazione aerea. Ne risulterà di necessaria conseguenza uno spazio libero fra pleura costale e pleura polmonare. Noto questo fatto che può spiegare non solo la formazione delle ecchimosi sottopleurali, ma anche la mancanza di focolai apoplettici nella trama polmonare. Difatti il sangue contenuto nei capillari polmonari è influenzato da una novella forza di attrazione esercitata dal *vuoto pleurico;* si accumulerà quindi specialmente nei vasi superficiali dell'organo del respiro, nei quali la tensione endo-vasale è maggiore che negli altri capillari del viscere.

Se stesse in modo assoluto il confronto che ho fatto fra il feto che soccombe all'asfissia endo-uterina e l'uomo adulto che muore in seguito all'asfissia per annegamento, dopo le prime inspirazioni dovrebbe manifestarsi la tosse, che espelle il liquido inspirato assieme ad una quantità più o meno grande di aria che già si trovava nell' albero polmonare. Nel feto però non havvi aria nei polmoni; quindi allorquando entrano in scena i muscoli espiratorii verrà solo espulso in parte il liquido amniotico stato inspirato, che ripiglierà, con una velocità proporzionata alla potenza espiratoria, la via di già percorsa. Nel passare in corrispondenza delle retrofauci, parte di questo liquido spinto verso l'esterno può imboccare l'orificio faringeo della tuba di Eustachio, progredire nella medesima, e giungere anche fino nella cavità timpanica. Vengono poi in scena i moti convulsivi, che a chi sorveglia il parto si manifestano sotto forma di moti attivi esagerati, tumultuosi, dal Vigand (1) di

(1) Vigand, De la version par manovres externes, tràd. Hergott, Strasbourg 1857.

già ritenuti come manifestazione di sofferenze del feto. Questi moti convulsivi in breve cessano; si ripetono poscia movimenti di respirazione profonda ed intensa che aggravano sempre più le conseguenze delle precoci inspirazioni. Nello stesso tempo si rivela la paralisi degli sfinteri coll'evacuazione di meconio che tinge il liquido amniotico, e col quale si mescola intimamente. Da ultimo il cuore, *ultimum moriens*, già alterato nel ritmo si rallenta, ed a poco a poco il battito cardiaco fetale si estingue.

Sotto il punto di vista del reperto anatomo-patologico quali saranno le lesioni che si incontreranno nel feto in seguito ai precoci moti respiratori?

Abbiamo visto il sangue del ventricolo destro abbandonare la via del condottto arterioso fin là battuta per riversarsi nelle branche dell'arteria polmonare e sue divisioni. Si sa che i rami dell'arteria polmonare accompagnano le divisioni bronchiali e si suddividono rapidamente fornendo alla pleura, ai bronchi terminali ed ai lobuli terminali. In tal modo si viene formando quella ricca rete capillare, a maglie assai serrate, e dimostrabili specialmente colle iniezioni. I capillari di queste maglie sembrano situati nello spessore della membrana fondamentale componente le vescicole polmonari, ed al loro insieme venne dato il nome di *vasa pubblica* perchè destinati all'ematosi; i *vasa privata* destinati alla nutrizione dell'organo hanno origine dalle arterie bronchiali. Orbene, per il fatto dei precoci moti inspiratori, il torrente sanguigno innonda la ricchissima rete capillare dei *vasa pubblica* e dà al polmone il colore roseo, più o meno intenso a seconda dell'energia degli atti respiratori, già più sopra ricordato. Le inspirazioni profonde, complete che avvengono negli ultimi momenti aggravano il danno. A motivo del vuoto pleurico la tensione endovasale della rete interlobulare, infundibulare ed interalveolare situata in vicinanza della pleura viscerale si fa notevole. Le pareti dei capillari nel feto sono più deboli che nello adulto. La pressione endovasale aumentata vince qua e colà la resistenza opposta dalle pareti capil-

lari che rompendosi lasciano una via di uscita al sangue. In questo modo di considerare le cose sta in buona parte il meccanesimo delle ecchimosi sottopleuriche, che perciò avvengono nella rete capillare sottopleurale di dipendenza dell'arteria polmonare. In grembo al polmone non si riscontrano questi stravasi, perchè il *vuoto pleurico* nel mentre aumenta la pressione nei vasi superficiali, rende meno notevole quella dei vasi profondi. Ciò spiega la mancanza di focolai apoplettici e la sola viva congestione polmonare.

Ma seguitiamo nel nostro esame. Anche i capillari situati sotto la pleura parietale sono sottoposti ad un aumento di tensione per le stesse cause che vedemmo agire sulla rete capillare viscerale. La quantità di sangue che li distende non è però tanto aumentata quanto nella rete polmonare. Donde il più sovente le loro pareti resistono all'aumentata tensione endovasale. Si capisce come in certi casi possono anche lacerarsi; così ci rendiamo ragione della presenza di ecchimosi sotto la pleura parietale.

Nel cavo toracico nel neonato e nel feto oltre i polmoni sta alloggiato anche il cuore ed il timo. I vasi che trovansi alla superficie di questi due organi risentono a loro volta l'influenza esercitata dal vuoto *pleurico*, il cuore di preferenza. Collo stesso meccanesimo ne potrà avvenire la formazione di macchie ecchimotiche alla superficie del timo e sotto il pericardio tanto viscerale che parietale.

Il numero delle ecchimosi, e la loro grandezza in via generica sarà tanto maggiore, quanto più potenti e ripetuti saranno i movimenti respiratori eseguiti dal feto. Il Legroux (1) in esperienze intraprese su questo argomento ha visto che allacciando nei cani la trachea prima dell'inspirazione e poscia soffocando gli animali, le ecchimosi erano più numerose e più grandi che non quando si stringeva il laccio dopo. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che essendovi nel primo caso minor quantità

(1) Legroux. Des echymoses sous-pleurales, de leur valeur en med. legal. Ann. d'Hygien. et med. leg. 1876.

di aria nell'organo del respiro il polmone non poteva distendersi completamente per seguire la dilatazione toracica, donde formazione di *vuoto pleurico* coi suoi effetti speciali. Fino ad un certo punto da questo fatto potremmo conchiudere, che più grande è la quantità di liquido amniotico che si riversa nell'albero bronchiale e meno pronunciate saranno le ecchimosi sottopleuriche. Nei casi in cui le mucosità penetrate nei bronchi formano diga contro l'avanzarsi del liquido, si avrà maggior probabilità di lesioni ecchimotiche pronunciate.

Un fatto caratteristico, completo, tipico direi quasi, nel quale si incontrano tutte queste alterazioni prodotte da precoci moti respiratori, noi lo troviamo nell' *Osservazione* 4.ª in cui l'autopsia rivelava ecchimosi sottopleurali numerose, congestione polmonare marcata, liquido amniotico con granulazioni di meconio nella retrobocca, esofago, laringe, trachea, bronchi e cavità timpanica. Si comprende però come non tutti i fatti siano così completi: con maggior frequenza si incontrerà la congestione polmonare e le ecchimosi, come è appunto dimostrato dalle nostre osservazioni cliniche.

Giunti a questo punto ci si presenta il problema: può la sincope nel feto ancora racchiuso nella cavità uterina e minacciato di asfissia chiudere la scena, appunto come si vede talvolta avvenire nell' uomo che sta per annegare? Non saprei dare a simile domanda una risposta sorretta dall'osservazione clinica o sperimentale. Credo però tale possibilità molto problematica. Difatti il cuore del feto è un organo che resiste vigorosamente alle cause di morte intrauterina, ed è poco o punto influenzato dal sistema nervoso della vita di relazione; le emozioni morali, cause frequenti di sincope nell' adulto, su di esso non hanno alcuna presa.

Allorchè ho passato in rivista i fattori capaci di determinare l'asfissia intrauterina, ho detto che essi agiscono specialmente dopo la rottura delle membrane e lo scolo del liquido amniotico. Noi invece abbiamo finora considerato il feto racchiuso nei suoi involucri e circondato dal liquido amniotico. Ne viene

di necessaria conseguenza che il reperto necroscopico nell'asfissia intrauterina, quale lo abbiamo in modo teorico designato, deve essere modificato per ciò che riguarda i corpi estranei che si ponno incontrare nelle vie aeree. Intesi in questo senso, ci potremo spiegare la relativa frequenza di mucosità state incontrate nei bronchi, se si pensa che, rotte le membrane, la bocca del feto vicino all'orificio uterino od in rapporto colla vagina, l'aspirazione della cavità toracica si esercita appunto sulle sostanze solide o liquide che trovansi in vagina e vicinanze. Ora quivi si incontrano appunto le mucosità secrete dalle ghiandole del collo durante il travaglio, ed il liquido vaginale che è un prodotto di essudazione e di desquamazione epiteliale della superficie della mucosa (1).

L'aspirazione esercitata dalla cassa toracica in seguito ai precoci moti respiratori si esercita indifferentemente su qualunque sostanza si trovi in rapporto coll'apertura delle vie aeree. Se ivi si trova aria, sarà aria quella che verrà aspirata. Ciò può avvenire anche quando il feto trovasi ancora racchiuso nella cavità uterina. Depaul (2) dice di aver sentito vagire il feto ancor racchiuso nelle vie genitali. Un'osservazione tuttora inedita, appartenente al prof. Tibone dell'Università di Torino, prova come il feto estratto cadavere dopo la cefalotrissia possa mostrare i polmoni pressochè completamente distesi dall'aria (3). L'accesso dell'aria nella cavità uterina sarebbe stato reso possibile dalla introduzione degli strumenti destinati all'embriotomia e dalle dita della mano dell'ostetrico, che li guidava. Negli ultimi momenti della vita, prima che il craniotomo intaccasse

(1) De Sinety-Manuel de Gynecologie et des malad. des femmes. Paris 1879 pag. 140.

(2) Depaul. Leçons de Clinique obstetricale.

(3) Donna di 32 anni, stato generale buono, di gracile costituzione, in travaglio di parto a termine entra nella Clinica ostetrica di Torino il giorno 29 dicembre del 1877. La statura di metri 1,36 e l'abito esterno rachitico fanno sospettare una grave viziatura pelvica. L'esame praticato difatti rileva: circonferenza pelvica 810 — C. E. 152 — C. D. 74 — C. V. 54, bacino schiacciato per rachitismo, insellatura lombare ragguardevole, collo uterino completamente rammollito, lungo 1 centimetro. con orifici pervii, present. Vertice mobile sullo stretto

la sua integrità, il feto, forse sofferente per il lungo soprapparto a membrane rotte, eseguiva moti respiratori precoci, ed aspirava l'aria atmosferica che lo circondava.

Ben soventi invece le vie aeree sono affatto libere da ogni sostanza estranea. Ciò si spiega facilmente per la mancanza in prossimità della bocca e del naso di mucosità od altre materie, oppure perchè l'apertura superiore del canale respiratorio può essere stata occlusa da qualche lembo di membrane, o dalle pareti vaginali.

Ho già detto come le granulazioni di meconio siano state incontrate nel lume dei bronchi. Ma esiste un' osservazione nella scienza, la quale prova che le materie fecali dell'adulto ponno arrivare fino nei piccoli rami bronchiali. I dottori Auge e Lebon hanno esposto un curioso reperto di un feto nato da donna che partoriva accoccolata su di una latrina, il condotto della quale, ad apertura larghissima, era lungo solo 90 centimetri, e veniva a sboccare in un pozzo nero ripieno di materie fecali sospese in molto liquido. Il feto espulso vivo dalle vie genitali imboccava appunto il condotto della latrina per affon-

superiore, membrane rotte, mano sinistra avanti la parte presentata, battito cardiaco distinto nel Q. I. S. e regolare. Rifiutandosi la donna all' operazione cesarea, si lascia progredire il travaglio per poter operare a collo alquanto dilatato. Il giorno dopo craniotomia a feto ancora vivente, forcipe Guyon e cefalotribo Lollini che lasciano successivamente la presa, cranioclaste Braun che riesce ad estrarre il feto. Puerperio normale.

L'autopsia del feto ha dimostrato i seguenti fatti. Le forbici di Smellie perforarono la volta craniana all'unione della sutura sagittale colla lambdoidea. Circa 90 grammi di polpa cerebrale si trovavano ancora nella cavità cranica, il resto era stato espulso, parte colla sonda a doppia corrente del Braun, colla quale si era lanciato un getto di liquido per svuotare appunto la testa dal suo contenuto, e parte colla compressione esercitata dalle branche del cefalotribo. La porzione squammosa e mastoidea del temporale sinistro, furono rotte dall'azione meccanica degli strumenti. Il polmone sinistro manifestamente disteso da aria, massime in corrispondenza del lobo superiore, galleggia in massa nell'acqua; il polmone destro, meno aereato, alla prova docimasica presenta galleggianti solo l'apice e la base.

Ho creduto bene riferire un po' distesamente quest'osservazione clinica a più titoli degna di interesse, e colgo volontieri quest' occasione per ringraziare il prof. Tibone della gentilezza colla quale me ne permise la pubblicazione.

darsi in pochi istanti nel contenuto della fogna, senza aver avuto il tempo necessario per eseguire alcun moto respiratorio nel breve tragitto percorso. All'autopsia si trovarono materie fecali nella bocca, retrofauci, trachea e bronchi di medio e piccolo calibro. Le vescicole polmonari non erano state distese da aria (1). Ho accennato a questo fatto perchè una fistola vagino-rettale potrebbe mettere il feto nella possibilità di inspirare materie fecali durante gli ultimi momenti del periodo espulsivo.

A poco a poco, gradatamente e quasi senza accorgermi, sono entrato in un campo pressochè esclusivamente medico-legale coll'occuparmi forse troppo lungamente dei corpi estranei che si ponno trovare nelle vie aeree dei neonati. Ma poichè scopo del presente lavoro è anche quello di fornire materiali utili per lo studio dell'infanticidio, colgo volentieri la favorevole occasione di aprire una parentesi, desiderando riferire alcune esperienze da me fatte intorno al valore che ponno avere i corpi estranei trovati nelle vie bronchiali. L'importanza dell'argomento spero varrà a servirmi di scusa.

Talvolta il neonato aspira aria e materie fecali nello stesso tempo. Ciò si osserva specialmente negli infanticidj commessi col gettare i bambini nelle latrine. Un fatto di simil genere è stato, or non è molto (ottobre 1878), dibattuto davanti alla Corte delle Assisie di Vercelli. Nel condotto di una latrina venne trovato il cadavere di un bambino di fresco nato ed in istato leggerissimo di putrefazione. L'autopsia poneva in evidenza la distensione completa degli alveoli polmonari, e l'esistenza di materie fecali nella bocca, esofago e trachea. La presenza delle materie fecali nella trachea è sufficiente per permetterci di conchiudere che il neonato sia stato gettato vivo nella latrina?

Il dottor Page di Edimburgo (1) ha narrato il caso di un

(1) Infanticide par immersion dans une fosse d'aisance. Ann, d'hyg. pub. et med. leg. 1877. 2.ª serie, pag. 159.

(2) Page. On the value of certain sings observed in cases of deceth from suffocation, and on death from hemorrage in the new-born. Edimburgo 1873.

neonato, stato trovato colla metà superiore del corpo sepolto sotto le ceneri. L'autopsia dimostrò la presenza di tali sostanze estranee nella bocca, retrofauci, vicino all'epiglottide, nella faringe, dietro il velopendolo, nelle fosse nasali, nella laringe e nella trachea. L'autore inglese sapendo che il bambino venne messo sotto le ceneri mentre era ancor vivo, conchiuse che le materie polverulente dovettero essere portate nell'albero bronchiale dagli atti inspiratori.

Riguardo all' asfissia nei mezzi polverulenti Matthysen fin dal 1843 ha fatto esperienze, dalle quali dedusse, che la terra o le ceneri, penetrando nella bocca, fauci e naso di un cadavere, formano colle mucosità e coi liquidi che ivi si trovano, una specie di pasta che aderisce alle pareti di tali cavità, in modo da rendere la loro progressione, sotto l'influenza della legge di gravità, impossibile. Secondo il suo modo di vedere, quando si constata la loro presenza nel ventricolo ed intestino, il seppellimento deve esser avvenuto a corpo vivo (1).

Devergie, pur ammettendo che per le ceneri siano necessari sforzi di inspirazione perchè giungano nelle vie aeree (trachea), crede che: *le corps d'un individu, que l'on plonge mort dans l'eau et que l'on etend sur le dos, puisse se trouver dans des conditions telles qu'un eau vaseuse ou trouble puisse s'introduire dans la bouche et dans la trachée-artere pour y deposer de la vase, et qu'un expert ne puisse pas tirer d'induction certaine de la presence de cette vase, au point de vue de la question d'immersion pendant la vie* (2).

Legrand de Saulle a sua volta, parlando dell' asfissia per sotterramento, emette parere, che si possa dichiarare essere stato il bambino seppellito vivo, se si trovano particelle di sabbia, ecc., nell' esofago e nello stomaco, perchè non ponno essere ivi pervenute che in seguito a moti di deglutizione: se il seppellimento invece fosse avvenuto a bambino morto, dette

(1) Ann. D'Hyg. et Med. Leg. 1843, tom. XXX, pag. 225.
(2) Devergie Med. legal. 1852, pag, 426.

particelle avrebbero bensì potuto penetrare nelle vie aeree, ma giammai giungere fino all'esofago (1).

Laura dice che negli infanti posti cadaveri in un liquido, questo può giungere non solo nelle fauci, ma anche nell' esofago, trachea, bronchi e ventricolo. Questo fatto però non si verificherebbe nell'adulto. Aggiunge da ultimo che non solo le sostanze liquide, ma anche le polverulente ponno penetrare nell'esofago, ventricolo, laringe e bronchi dei cadaveri in esse seppelliti (2).

Orfila invece ha trovato che in un cadavere di un uomo adulto, morto da 36 ore e messo orizzontalmente nell'acqua, dopo un soggiorno di sei ore e mezzo il liquido era penetrato fin nelle più piccole diramazioni bronchiali. Secondo Orfila adunque, i corpi liquidi potrebbero penetrare nell'albero respiratorio dopo la morte sotto l'influenza della sola legge di gravità (3).

Non credo sia il caso di dilungarmi maggiormente in citazioni bibliografiche per provare come le opinioni che si leggono nei trattati a questo proposito, manchino di quella sufficiente uniformità e chiarezza necessarie in un argomento tanto importante. Donde era giusto il desiderio di intraprendere qualche esperienza per formarsi un concetto personale su questo punto, da me ancora ritenuto come in discussione. Ed appunto quei pochi esperimenti che ho potuto fare intendo qui di riferire.

Esperienza 1.ª (14 novembre 1878. — Cadavere di bambino prematuro, ottimestre, nato asfitico in presentazione podalica, rianimato dopo dieci minuti, e che muore quattro ore dopo. Si introduce nella bocca un pezzetto di legno per mantenere le arcate alveolari divaricate e la porzione orizzontale della lingua abbassata ed allontanata dal palato. Colla bocca in tal modo aperta viene messo in un recipiente colla faccia rivolta in alto, e viene poscia ricoperto di sabbia. Dopo 48 ore si toglie la sabbia con precauzione onde poter constatare lo stato della

(1) Legrand de Saulle. Traite de Med. leg. Paris 1875.
(2) Laura. Trattato di Med. leg. Torino 1875.
(3) Art. Submersion del Dict. de Med. Vol. 28. Paris 1844.

bocca, e messa allo scoperto la faccia, si può osservare che il pezzetto di legno conserva i primitivi rapporti. All'autopsia si trova la bocca ripiena di sabbia, che in vicinanza della mucosa forma una specie di pasta per l'assorbimento dei liquidi essudati dai tessuti; retrobocca, laringe e trachea affatto puliti.

Esperienza 2.ª (16 novembre 1878). — Bambino a termine, morto da 13 ore, e che visse un giorno. Si mette il torace in posizione inspiratoria col legare le due braccia ai lati del capo. Nella bocca viene collocato un tubo di gomma del diametro di un centim. circa, a pareti resistenti, con un'estremità libera allo esterno, e l'altra che giunge fino in corrispondenza dei pilastri posteriori. Si sommerge allora completamente il cadaverino in un grande bagno ripieno d'acqua intensamente colorata in *bleu* con una soluzione alcoolica di bleu di Prussia. Il bambino è trattenuto sul fondo del bagno da pesi che però non comprimono nè torace, nè addome. Lo strato di liquido che si trova al disopra della parte più elevata del corpo del neonato è di circa dieci centimetri. Si lascia in tal modo sommerso 24 ore e quindi si pratica l'autopsia, dopo aver constatato che i rapporti dati alle braccia ed al tubo di gomma non si sono alterati. La superficie cutanea è intensamente colorata in bleu scuro. Tolto il tubo di gomma e stirata in fuori la lingua con una pinzetta, si può osservare la mucosa della cavità orale visibile intensamente colorata dal liquido. Un'incisione al collo permette di allacciare trachea ed esofago. Ciò fatto, con robuste forbici spacco la mandibola inferiore, le parti molli formanti il pavimento della bocca e la lingua, sulla linea mediana, fino in corrispondenza della laringe: la mucosa della retrobocca è pure vivamente colorata in bleu; invece la laringe e l'esofago non presentano alcuna traccia di colorazione. Esportati i visceri, si constata pure che bronchi e ventricolo hanno il loro colore normale.

Esperienza 3.ª (23 novembre 1878). — Bambino prematuro, ottimestre, di undici giorni di vita extrauterina, morto da 24 ore.

Si mette in un bagno di acqua fortemente colorata con bleu di anilina. Un pezzo di sonda elastica introdotta nella bocca giunge fino in corrispondenza della retrobocca. Sommerso nel liquido colorato si eseguiscono cinque o sei movimenti respiratori col metodo di Pacini. Si mette quindi il torace in posizione inspiratoria col legare le braccia ai lati del capo. Ciò riesce benissimo stante la notevole rigidità cadaverica.

Dopo trenta ore di completa sommersione si eseguisce l'autopsia: braccia e pezzo di sonda nella loro posizione primitiva; pelle intensamente colorata; mucosa boccale e linguale pure di colore bleu carico; si constata la presenza di liquido colorato in vicinanza della laringe senza che ne sia penetrato in questo canale; laringe trachea, bronchi, esofago, ventricolo con mucosa di colore affatto normale.

Esperienza 4.ª (8 dicembre 1878). — Cadavere di bambino pressochè a termine, che ha vissuto dodici giorni di vita extrauterina, e che ha bene respirato. Gli viene messo in bocca un pezzo di sonda, che giunge in vicinanza della laringe. Lo si immerge nel solito bagno colorato in bleu, e si pratica la respirazione artificiale col metodo di Pacini. Quindi legate le braccia ai lati del capo viene lasciato completamente sommerso nel bagno per 72 ore. All'autopsia si trovò la cannula e le braccia in sito; la mucosa boccale è colorata in bleu; la laringe, la trachea e l'esofago conservano il loro colorito normale.

Esperienza 5.ª (15 dicembre 1878). — Cadavere di bambino a termine, morto pochi giorni dopo la nascita. Introduco il tubo laringeo di Chaussier modificato dal Depaul nella laringe, e ne sento distinto l'apice attraverso i tessuti, alla regione sottojoidea. Le braccia rialzate ai lati del capo, il tubo laringeo assicurato nella sua posizione mediante fili, immergo il cadaverino nel bagno colorato, ove lo lascio per 90 ore completamente sommerso. All'autopsia si trova che il tubo laringeo è realmente nella trachea, che il contenuto della trachea e dei due grossi bronchi, e la relativa mucosa sono colorati in bleu. I bronchi di medio e piccolo calibro, ostruiti da mucosità, hanno colore normale.

Dal modo col quale vennero condotte le esperienze, il lettore si sarà accorto, come io mi sia studiato di facilitare ai corpi stranieri la progressione verso le vie aeree sotto l'influenza della legge di gravità; donde la precauzione di mantenere la bocca beante e la lingua abbassata per permettere al liquido del bagno di superare questo primo ostacolo. E ciò in vista della conformazione anatomica, la quale ci dice che relativamente all'ampiezza della cavità boccale la lingua del bambino è più sviluppata di quella dell'adulto. Questo fatto ha avuto anche recentemente una bella dimostrazione per parte del dott. Alban Ribemont (1). Nel suo bel lavoro sull'anatomia topografica del feto scrive, che su di un feto o di un neonato congelato colla testa in attitudine intermedìa fra la flessione e l'estensione, la cavità boccale, allorquando si mantengono ravvicinate le arcate alveolari, si riduce ad uno spazio, per così dire virtuale, ed a curve concentriche. La parete inferiore, costituita dalla faccia dorsale della lingua è pressochè in contatto colla volta palatina ed il velopendolo. Se per questi rapporti si comprende come sia facilitato nel neonato l'allattamento, non si capisce però a quali criteri fisici si appoggi il dott. Laura quando nel suo *Trattato di Medicina legale* asserisce che le sostanze liquide per azione del peso possono bensì giungere nei bronchi e nel ventricolo dei neonati, ma non in quelli dell'adulto, malgrado quanto aveva di già scritto l'Orfila. Ragionando *a priori* non pare che dovrebbe essere vero l'opposto?

Sono il primo a riconoscere che il numero degli esperimenti da me intrapresi è troppo scarso per permettere deduzioni assolute e generali. Credo però di non andare errato nel ritenere, che la presenza di corpi estranei, solidi o liquidi nelle vie aeree del neonato morto da non più di quattro giorni, indichi la introduzione di dette sostanze essere avvenuta a corpo vivente mediante sforzi inspiratori. Consono col risultato delle mie esperienze fu quindi il giudizio dei medici periti della Corte di

(1) Ribemont. Recherches sur l'anatomie topographique du foetus, applications a l'obstetrique. — Paris 1878.

Vercelli nel caso sopracitato, in cui dalla presenza delle materie fecali nel lume tracheale, dedussero essere stato il bambino gettato vivente nel condotto della latrina; inattacabile anche il giudizio della Società di Medicina Legale di Parigi, che nella discussione sul rapporto dei dottori Auge e Lebon, più sopra accennato, avvenuto dietro invito del Procuratore della Repubblica, riteneva essere il feto nato vivo e vitale, quantunque gli alveoli polmonari non fossero stati distesi da aria, appoggiandosi al contenuto delle vie aeree.

Ma è tempo di ritornare alla asfissia intrauterina, della quale abbiamo di già fatto uno studio teorico pressochè completo. Con questo studio è bene mettere ora in confronto i fatti clinici del nostro lavoro. In essi si incontrano appunto in azione le cause che vennero considerate come capaci di determinare l'asfissia intrauterina. Difatti noi vediamo la procidenza del funicolo ombellicale produrre la morte nelle *Osserv.* 1.ª, 3.ª e 5.ª — È vero che nell'*Osserv.* 14.ª si trova il funicolo ombellicale procidente senza che a questo fatto si possa riferire la morte del feto, stata piuttosto causata dalla frattura e dal distacco della colonna vertebrale in corrispondenza della regione cervicale, e successiva compressione del midollo spinale. Ciò dimostra che la procidenza del funicolo qualche volta può essere innocente; mettendosi nei vani lasciati dalla irregolarità della parte presentata, il cordone può difatti sfuggire alla compressione; il che non toglie però che questo fatto sia stato il più frequente nel produrre la morte dei feti delle nostre osservazioni.

Ho accennato ai giri che talora descrive il cordone attorno al corpo del feto, e che stiracchiati ponno rendere il circolo feto-placentare difficile e produrre l'asfissia intrauterina: questo è quanto pare sia avvenuto nell'*Osserv.* 4.ª

(Continua).

Letteratura straniera

Il metodo dell'esplorazione bimanuale nella diagnosi ginecologica; per Alfredo Hegar, professore nell'università di Friburgo (1).

Nelle investigazioni ginecologiche noi ci serviamo in modo speciale del senso del tatto: noi non possiamo sfortunatamente estendere l'esame oculare oltre il muso di tinca, e, in circostanze favorevoli, oltre un tratto del canal cervicale; del retto intestino la sola parte più bassa è accessibile all'ispezione, e l'esplorazione della vescica con lo *speculum* lascia tuttora molto a desiderare; e così nelle comuni malattie del corpo dell'utero, de'suoi annessi, del tessuto cellulare pelvico e del peritoneo, noi ci vediamo ridotti al solo senso del tatto. — I punti accessibili alle dita o alla mano sono le pareti addominali, e gli organi cavi della pelvi, quali l'uretra, la vescica, il canal genitale ed il retto: quando noi imprendiamo l'esame contemporaneo di due o più punti accessibili, mettiamo in opera quel che si chiama l'esame combinato, o l'esplorazione bimanuale. È difficile dire a chi spetti il merito d'aver messo in mostra, per il primo, il valore di questo procedimento diagnostico; è inesatto lo attribuire, come si fece, cotesto merito al Sims. Prima della comparsa del suo libro sulla chirurgia uterina, cotesto metodo era già stato descritto e illustrato da Schultze (2) e Holst (3), e lo troviamo eziandio ricordato nel manuale di Veit (4). Senza perderci in dispute sulla parte di merito che può spettare a cotesti autori nell'aver perfezionato e volgarizzato sifatto metodo, possiamo affermare che l'esplorazione bimanuale ha percorso il suo cammino e s'è fatta accogliere da tutti i ginecologi in modo graduato e modesto. Dovette, e deve, na-

(1) Vedi « Sammlung Klinische Vorträge » e The obstetrical journal of Great Britàin and Jreland, n. 66. September 1878.

(2) Fenaische Zeitschrift f. med. u. nat. Leipsig. i. p. 279, 1864.

(3) Beiträge z. Geb. u. Gynäk, H. F. Tübingen, 1865, p. 1.

(4) Krankh. d. Weible, Geschlechtsorg, 2 Anfl. Erlangen, 1867, p. 254.

turalmente sorgere in ogni esploratore il divisamento o il pensiero di sostenere in certo modo e fissare il dito che esplora con la pressione sulle pareti addominali, per fissare così e rendere più rigide quelle parti che non potrebbero altrimenti sentirsi in tutta la loro estensione, o che sfuggirebbero disotto al dito usato solo. In ostetricia l'aureo procedimento di Wigand, quello cioè di sostenere e contropremere la mano introdotta nel canal genitale con l'altra messa sulla parete addominale, e così controllare e coadiuvare l'una con l'altra, presta da lungo tempo importanti servigi. Nel presente scritto io mi propongo di dare uno schizzo de' vari modi di esplorazione combinata, o bimanuale, far menzione delle principali difficoltà che s'incontrano, e descrivere taluni artifici per evitarle o vincerle: de' punti generalmente noti non dirò verbo, o darò soltanto un breve cenno. Quattro sono i punti accessibili al nostro tatto, le pareti addominali, gli organi urinari, il canal genitale e il retto: due o tre di essi si possono contemporaneamente esplorare; l'esame di tutti ad un tempo potrà raramente fornirci qualche utile risultamento. Esaminando ad un tempo 2 dei 4 punti accessibili, noi avremo 6 combinazioni: la parete addominale con la vescica e l'uretra; la parete addominale con il canal genitale, la parete addominale con il retto; la vescica con il canal genitale; la vescica con il retto; il canal genitale con il retto. Se invece ci rivolgiamo a tre punti simultaneamente, troveremo 4 combinazioni: cioè, la parete addominale con la vescica e il canal genitale; la parete addominale con la vescica e il retto; la parete addominale con il canal genitale ed il retto; la vescica con il canal genitale ed il retto. Nelle combinazioni della 2.ª classe noi adoperiamo o le due mani, o varie dita di una mano; nella combinazione della 3.ª classe è assolutamente necessario di far uso separatamente di più dita di una mano, mentre l'altra sarà rivolta al 3.º punto accessibile.

La scelta della combinazione dipende particolarmente dal sito dello stato morboso che s'ha da esplorare e dalla facilità o difficoltà di raggiungere o sentire le varie parti: noi scegliamo la strada più corta per giungere alla meta; ma questa regola però non sempre giova od è bastevole per sè stessa, chè la differente grossezza de' tessuti attraverso cui dobbiamo esplorare può influire sulla scelta. La parete sottile ed elastica del retto basta sovente da sola per giustificare la preferenza sul canal vaginale che ha pareti più grosse e resistenti, e ciò sebbene per quest'ultima strada il dito esploratore possa giungere altrettanto

alto ed anche più in alto che per il retto. — Speciali circostanze possono rendere l'uno o l'altro punto impossibile o inopportuno, anche quando alcune altre condizioni possano farne il punto migliore. Così la peritonite, la sensibilità eccessiva, la distensione, il troppo grosso pannicolo adiposo, o grossi tumori addominali, vietano sovente la palpazione per le pareti addominali; la vagina può essere fatta inutile dall'atrofia, stenosi, infiltrazione delle sue pareti e simili; nella vergine poi dobbiamo ancora tenere in conto l'integrità dell'imene. Se noi vogliamo dirigerci all'utero istesso, e introdurre il dito nella sua cavità, si deve allora subire quasi sempre la necessità di uno speciale processo preliminare ch'è l'artificiale dilatazione della cervice; siffatto procedimento è parimenti applicabile all'uretra e vescica urinaria. Peraltro, anche quando l'esame con siffatti procedimenti si presenta *a priori* come il più utile, dovremo rinunciarvi sempre quando v'ha possibilità di raggiungere lo scopo con altri mezzi. Le combinazioni della parete dell'addome con il canal genitale, o delle dette pareti con il retto sono di uso giornaliero, e bastano altresì compiutamente per il più gran numero di ricerche che ne occorre di fare. Contentiamoci a questo punto del principio generale, che quando esiste il minimo dubbio, non dovremo limitarci e tenerci paghi alla sola combinazione del canal genitale con le pareti addominali. Non fosse che per iscopo di conferma, l'esplorazione rettale è sommamente utile, e ricordiamoci della possibilità di fare inaspettate scoperte col solo rimovere il dito dalla vagina per introdurlo nel retto: in ogni caso lo stato delle cose è fatto sovente più manifesto con siffatto procedere.

Segue, per frequenza, la combinazione del canal genitale con il retto. Per questo scopo noi introduciamo un dito indice nel retto, e l'altro nella vagina; oppure (processo da preferirsi), il pollice nella vagina, e l'indice della stessa mano nel retto: in questo modo l'intiero setto vagino-rettale resta compresso tra le due dita. Gli essudati, e le tumefazioni che deprimono la saccoccia di Douglass, oppure stanno al di sotto del peritoneo, le infiltrazioni del setto, le perdite di sostanza, o fistole, possono con questo procedere facilmente sentirsi e apprezzarsi nel rispetto del volume, della forma e della consistenza loro. Se il pollice vien portato contro la faccia anteriore della cervice uterina, mentre l'indice dell'altra mano vien spinto in alto per la via del retto, si può giungere sovente a comprendere tra le dita il collo, od anche una parte del corpo dell'utero, e giudicare con certezza del suo stato.

Le combinazioni nelle quali l'uretra e la vescica formano uno dei punti accessibili tornano assai utili alla diagnosi delle malattie della vescica medesima, come catarri, ispessimento delle pareti, vegetazioni, neoformazioni, perdite di sostanza, calcoli. Ne' casi di tumefazione nella piega vescico-uterina, o di tumori inseriti sulla parete anteriore dell'utero, oppure sulle pareti laterali della pelvi donde si partono in avanti, l'esame combinato della parete addominale con la vescica può farsi necessario.

Le infiltrazioni della parete dell'uretra o del setto vescico-vaginale, gl'induramenti, le neoformazioni del medesimo, o della parete anteriore della cervice uterina, e le stesse alterazioni degli ureteri vicine ai loro sbocchi vescicali rendono sovente opportuna la combinazione della vescica con il canal genitale nell'intento di accertarne le reciproche relazioni: se il canal cervicale vien dilatato con la spugna, la parete anteriore dell'utero può venir compresa tra le dita.

La combinazione della vescica con il retto può tornare utilissima nel caso di tumori parenchimatosi dell'utero, o inseriti a' lati di quest'organo, tuttavolta che la palpazione addominale sia impossibile o difficile, come pure ne' casi di inversione dell'utero che permetterà sia facilmente sentita la depressione imbutiforme che ne risulta e ne' casi di ematometra, quando particolarmente sia dovuto all'occlusione di un corno uterino.

Trattandosi di atrofia o stenosi della vagina cotesto metodo diventa necessario in modo assoluto se vogliamo farci possibile un giudizio sulla estensione della lesione, la grossezza de' tessuti posti tra l'uretra, o la vescica e il retto, e simili.

Delle combinazioni dove si utilizzano 3 punti accessibili, uno solo si presta per un uso frequente, mostrandosi le rimanenti non prive di vantaggi speciali in casi eccezionali. Peraltro quella delle pareti addominali con il canal genitale ed il retto presta grande servigio sia per la diagnosi che per certi scopi terapeutici: di essa finora non trovai fatta menzione alcuna, eppure dopo lunga esperienza io mi sento di poterla caldamente raccomandare.

Cotesta combinazione si fece addottare da me nel tempo in cui mi esercitava nel riscontro rettale. — A tutta prima torna un po' difficile a distinguere ciò che si sente per il retto — perciò ne' primi tempi introduceva il pollice della mano esploratrice in vagina fino a poggiarlo sul muso di tinca per poter distinguere una volta per tutte

la sensazione che dà la sua tessitura sentita dal retto, ed ancora con lo scopo di tenerlo fisso. Più tardi mi avvidi come cotesta verificazione non fosse necessaria, e mi convinsi ancora che cotesta pratica aveva altri vantaggi. — Così, se il pollice vien collocato sul muso di tinca, mentre un dito nel retto è portato in alto al disopra dei legamenti uterini (che servono assai bene a limitare la faccia posteriore del corpo uterino) e l'altra mano applicata sulla parete addominale fa pressione all'indietro verso il sacro, l'utero può essere stretto tra le dita in modo ben definito e molto saldamente. Il pollice si può eziandio poggiare contro il cul di sacco anteriore della vagina, e sulla faccia anteriore della cervice e corpo dell'utero; e l'organo in tal guisa con l'aiuto della mano esterna che lo fissa venendo in parte spinto e in parte tratto all'ingiù, può essere minutamente esplorato.

Con siffatto procedere mi venne quasi sempre fatto di riporre colle dita l'utero retroflesso a malgrado di condizioni piuttosto difficili. Il dito indice ch'è nel retto è portato al di là de' legamenti sulla faccia posteriore del corpo uterino, lo solleva e lo spinge in avanti; il pollice poggia sulla faccia anteriore della cervice e fa da leva spingendola indietro ed in basso, e la mano esterna spinta in giù verso la pelvi al davanti dell'ultima vertebra lombare lavora sulla faccia posteriore del fondo, in modo da spingere l'organo in avanti: per questa manovra tornerà molto vantaggiosa la posizione semiprona sul fianco.

Studiamo adesso le principali difficoltà che possono attraversare il riscontro e i mezzi di vincerle. Gli ostacoli più forti sono la estrema tensione della parete addominale, la troppo elevata pressione endoaddominale, la ristrettezza o rigidezza della vagina, e specialmente la impossibilità o difficoltà di raggiungere, o toccare le varie parti degli organi pelvici, o i prodotti patologici della cavità pelvica, vuoi perchè sono troppo lontani, vuoi perchè sono tanto stipati da rendere impossibile la distinta sensazione de' loro limiti e contorni. Una conveniente posizione (sopra una tavola, o un letticciuolo sufficientemente alto) è assolutamente necessaria, quando l'esplorazione è, sotto ogni rapporto, difficile: la vescica e il retto devonsi previamente vuotare per ovviare alla prima difficoltà ch'è la eccessiva tensione delle pareti ventrali; il modo migliore è una comoda posizione del corpo della donna. In generale viene preferita la posizione sul dorso di guisa che la pressione addominale venga ridotta al minimo possibile: ciò si ottiene colla po-

sizione orizzontale del tronco colla testa appena rialzata da un basso cuscino, e le coscie messe ad angolo retto sul piano della tavola e del letto. Presso di noi, in Germania, la esplorazione bimanuale nella posizione sul fianco, oppure in quella semiprona laterale, o compiutamente prona, viene raramente usata; difatto ha dessa molti inconvenienti. L'esaminatore deve far passare la sua mano tra le coscie della donna in modo che nella posizione laterale il suo braccio è premuto dal peso della gamba superiore, a meno che un cuscino venga immesso tra le ginocchia, o la gamba venga sostenuta da un assistente. Egli deve inoltre sostenere il peso de' visceri *e del vestito*, specialmente nella posizione prona. Tuttavia le difficoltà non sono sì grandi come comunemente si suppone, e di questi ultimi tempi noi ricorremmo frequentemente a coteste posizioni, le quali in date circostanze tornano decisamente vantaggiose. Può essere, ad esempio, cosa importantissima il constatare il cambiamento di posizione di un organo o di un tumore producentesi nel mutamento di posizione.

Nella posizione compiutamente prona (sui gomiti e sulle ginocchia) l'utero può venir liberato dalla stretta prodotta da un tumore che vi graviti sopra, ed i suoi contorni e la mobilità sua messi facilmente in evidenza.

La commozione, la paura dell' esame o il pudore ingenerano quasi sempre una fortissima tensione delle pareti addominali.

La paziente trattiene il suo respiro per qualche tempo, respira irregolarmente, e spesso mette i muscoli addominali in tanta contrazione da rendere assolutamente frustranea la palpazione. Gli abituali espedienti, come l'invito a tener la bocca aperta, respirare tranquillamente, o distrarre l'attenzione della paziente con qualche discorso, ben sovente falliscono — tuttavia si osserverà frequentemente che con un secondo esame noi otteniamo con tutta facilità quell'intento che ci era sfuggito al primo esame. Perciò sarà buon partito quello di risparmiare il più che far si possa i sentimenti d'una persona sensibile, e rimandare il conseguimento dell'oggetto desiderato ad una seconda esplorazione; le pazienti hanno campo così di famigliarizzarsi col medico e con questo modo di esame. Il loro imbarazzo sarà nel frattempo scomparso; prendono conoscenza dell'intenzione e del divisamento del medico, e del modo di seguirne l'indirizzo ed i maneggi, ciò che prima tornava loro impossibile, a malgrado della migliore volontà. Roederer raccomandava trattandosi di scoprire tumori profondamente situati nell' addome, di

far respirare profondamente la donna, e quindi, durante la espirazione, seguire colla mano la ritraentesi parete addominale; Spiegelberg raccomanda la medesima pratica. Oltre a ciò la mano deve rimanere fortemente applicata dopo la prima espirazione in modo che nella vegnente inspirazione il limite raggiunto sia mantenuto, e poi essere premuta ancora più fortemente durante la nuova espirazione.

Il singhiozzo nervoso e le grida ponno sovente venir usufruiti; durante le spasmodiche espirazioni che in cotesti casi si fanno, la mano può essere spinta molto profondamente senza incontrare alcuna resistenza.

È notissimo quanto facile torni l'esame nelle donne appena liberate, e specialmente nelle persone il cui ventre, previamente disteso di molto, si vuota improvvisamente. Noi possiamo produrre uno stato approssimativo facendo bere copiosamente ed invitare la donna a trattenere per lungo tempo l'urina, e mingere al momento dell' esame. Migliore ancora sarebbe la pratica di riempire il retto e la vescica con molta copia di acqua, raccomandando alla donna di ritenerla il più che le verrà fatto; oppure si può zaffare la vagina; di questo metodo dirò ancora tra poco, apportandoci altri particolari vantaggi. Se tutti cotesti artifizi falliscono rimane la risorsa dell'anestesia.

Noi non vi ricorriamo più così sovente come un tempo; e ci pare che se gli spedienti finora descritti, ed altri che raccomanderemo tosto, vengono abilmente adoprati, l'anestesia sarà raramente necessaria.

La seconda delle difficoltà consiste nella ristrettezza della vagina e rigidezza delle sue pareti; in questo caso troviamo un' eccellente risorsa nello zaffo preliminare. Se la vagina viene zaffata in modo ben serrato con bambagia 24 ore prima del riscontro, oppure distesa con un pessario ad aria lasciato per alcun tempo verso il suo fondo, l'esame sarà rimarchevolmente facilitato. Prolungando lo zaffamento, la vagina può essere potentemente distesa e la sua parete resa sottile e cedevole. Gli è vero che nel giudicare i risultati dell' esplorazione vuolsi por mente allo spostamento artificiale degli organi pelvici; ma questi ritornano ben presto al sito primitivo dopo la rimozione dello zaffo.

L'ultima e soventi maggiore difficoltà è nel fatto che, non ostante l'esterna contro-pressione, torna impossibile al dito, ch' è in vagina e nel retto, arrivare a quelle parti cui importa maggiormente di esplorare, e ciò perchè son troppo lontane, o giacciono troppo alte. S'ag-

giunga che talvolta i tessuti pelvici, tumori, essudati, organi, sono sì stivati per difetto di spazio, che ci torna impossibile constatare col tatto gli individuali contorni

Simon propose l'esplorazione rettale con tutta la mano nell'intento di giungere alle parti lontane ed altolocate; cotesto metodo non devesi generalmente raccomandare. Gli è un procedimento che dovrassi ammettere e seguire soltanto ne' casi dove porzioni di tumori, od organi pelvici, spostati molto in alto nella cavità addominale, non si possono sentire co' metodi che sto per descrivere.

Per non dire degli accidenti fatali già occorsi, e della necessità di porre e mantenere la paziente sotto una forte e profonda anestesia, facciamo osservare soltanto che con la pratica di Simon raggiungiamo con un giro, e seguendo una linea curva, quelle parti a cui possiamo arrivare molto meglio seguendo la strada diretta. Noi scostiamo gli organi pelvici, e particolarmente l'utero spingendolo nella cavità addominale collo scopo di esplorarlo e manipolarlo in modo indiretto e per una strada lunga e curva. Già Holst nel 1865 aveva dimostrato che colla combinazione delle pareti addominali con il retto, uno o due dita essendo introdotte in questo, noi siamo in caso di esplorare e manipolare tutto l'utero (corpo, fondo e lati) e sentire le ovaie anche ridotte al volume di una ciliegia o nocciuola.

Dopo letto il suo eccellente articolo che non s' ebbe, a quel che pare, tutto il successo che si merita, noi ci potemmo pienamente convincere dell'accuratezza de' principii stabiliti nel suo scritto.

Quando le pareti addominali permettono sufficiente contro-pressione noi possiamo in generale riuscire a contornare colle dita tutto l'utero e sentire eziandio gli ovai se di volume normale, ciò che per verità si può fare eziandio colla combinazione addomino-vaginale; come possiamo, infossando le dita lungo i rami orizzontali del pube, esplorare intieramente tutto il contenuto pelvico.

Se la parete addominale non è cedevole, od è troppo grossa e carica di grasso, oppure una qualsiasi tumefazione vieta l'uso della mano esterna, o ne permette un'azione incompleta, il semplice procedimento descritto non giova più, e noi dobbiamo cercare qualche altro espediente. Ed è precisamente in questi casi che si fece ricorso alla sonda che venne adoprata non solo per allungare il dito esploratore, ma eziandio per ispostare l'utero; così con cotesto mezzo si spinge l'utero contro il dito introdotto nel retto. Però la sonda non dev'essere rac-

comandata, nè adoprata per siffatto intento per motivi cui credo inutile di accennare in questo momento. Per alcuni anni seguimmo la pratica, innocua ad un tempo ed efficace, di introdurre nel condotto cervicale una pinzetta coll'apice tondeggiante (bullet forceps) onde fissare il collo, tirarlo alquanto in basso e, se necessario, imprimergli lievi moti laterali. Noi pubblicammo allora questo metodo facendone però una breve descrizione, quale veniva richiesta dal piano dell'opera (1), per modo che sembra sia sovente sfuggito all'attenzione dei ginecologi. Nöggerath, di Newyork, nel suo articolo già citato del 1875, ha descritto lo stesso metodo. Soltanto egli fa uso di uno speciale strumento ch'è una specie di pinzetta munita di tentaculum ad uncino che s'introduce nel canal cervicale.

Non v'ha metodo migliore per constatare ne' casi dubbi la grandezza e posizione dell'utero e de' suoi vari segmenti, ed i suoi rapporti cogli organi circonvicini e specialmente le sue connessioni, e il modo di queste, con i tumori.

Quei signori che visitarono questa clinica alcuni anni fa si saranno da lungo tempo convinti del grado notevole di esattezza che in siffatte circostanze si raggiunge nella diagnosi col metodo descritto. Non ha questo altra controindicazione che uno stato infiammatorio acuto; nelle croniche infiammazioni con aderenze che neutralizzano la mobilità dell'utero, è mestieri procedere con cautela, contentandosi soltanto di fissare l'utero, e non farvi trazioni.

Dopo una comune esplorazione digitale si afferra l'uno o l'altro labro del muso di tinca, o anche tutti e due con addatta pinzetta che vi si fissa; quindi fatta una moderata e gentile trazione ci assicuriamo fin dove si può giungere senza produrre una troppo forte e pericolosa tensione. Ciò fatto mentre una mano tien fissa la pinzetta, uno o due dita dell'altra sono introdotte nel retto, e per questa via portate sulla faccia posteriore dell'utero e suoi lati; non è necessario di spingere tosto il dito esploratore oltre la linea del fondo; se noi possiamo soltanto approssimarci a questo fondo senza accrescere la trazione sul collo, potremo giungere a toccarlo ricorrendo alla seguente manovra. Si confida il manico della pinzetta a un assistente colla raccomandazione di tenerla ben fissa senza fare altra trazione, e si porta la mano, rimasta libera, sulla parete addominale; ora con questa, pre-

(1) Hegar und Kaltenbach, l'Operative Gynäkologie, 1874, p. 40.

mendo sull'addome, si spinge l'utero in basso e posteriormente verso il dito ch'è nel retto che potrà così esaminarlo in tutti i punti. Si può eziandio, premendo col dito sui legamenti larghi, giungere a sentire i punti della faccia anteriore che si trovano in vicinanza degli orli uterini: con moti moderati della pinzetta a destra o a sinistra si rende più accessibile l'uno o l'altro lato dell'organo.

Nelle malattie comuni, anomalie di struttura e spostamenti dell'utero, questo metodo di riscontro si mostra utilissimo, tuttavolta che qualche speciale difficoltà si oppone all'esplorazione ordinaria. Ma dove fornisce risultamenti veramente rimarchevoli è ne' casi di anomalie di sviluppo dell'utero (sviluppo rudimentale, utero bicorne, ecc.) o di tumori d'ogni fatta. Così, se questi si trovano nell'addome, e sorge il quesito de' rapporti o aderenze di essi con l'utero, una moderata trazione sul collo uterino è soventi bastevole per svelare e rendere sensibile con l'esame rettale qualche pedicciuolo, o qualche connessione, o aderenza nastriforme o membranosa. Se il tumore invade parzialmente o totalmente il cavo pelvico, e l'utero n'è più o meno fortemente compresso, oppure in istretta connessione con esso, noi facciamo con la pinzetta una qualche trazione sull' utero spostandolo da un lato o dall'altro.

Grazie a cotesta manovra il dito che esplora per la via del retto è messo in caso di poter sentire accuratamente l'uno o l'altro lato dell'utero, e facendo di questo il punto di partenza, esplorare in giro il rimanente dell'organo, isolarlo dal tumore, o sentirne i rapporti con questo. Noi ci siamo ripetutamente convinti che una lieve modificazione nella situazione dell'utero era sufficiente per dare tutt'altra impressione sullo stato delle cose che non quella ottenuta con l'ordinario riscontro. Ad esempio, si può isolare un utero che a tutta prima pareva formare un solo tutto con un tumore.

Qualche volta un tumore può essere spinto più in su nell'addome con la mano che fa pressione immediatamente sopra la sinfisi, o sopra la branca orizzontale del pube, di guisa che anche in siffatte circostanze l'utero può fino a un certo punto, essere abbracciato tra le due mani. Fu ciò provato fattibile nei casi in cui l' utero era spinto indietro e lateralmente da un tumore ovarico. Premendo sul tumore in alto e lateralmente nel tempo che si tira l'utero in basso e dal lato opposto, si mette in evidenza l'indipendenza dell'utero, e si rende possibile la constatazione dell'origine e dello stato del peduncolo. Quando

invece il tumore preme sull'utero dall'indietro in avanti, e non lascia spazio sufficiente per immettere la mano di fronte tra l'utero e le pareti pelviche, o non riesce la manovra di spostare in alto il tumore nell'addome, l'esplorazione rettale vien meno al còmpito. In questi casi il riscontro vuol essere fatto per la vagina, mentre la mano esterna procura di lavorare sul fondo dell'utero.

Gli è ancora in questi casi che può essere soventi necessario l'uso della pinzetta col fine di rendere possibile un compiuto esame dell'utero co' moti impressigli e coi mutamenti di posizione già descritti: ne' casi dubbi potrà farsi necessario l'esame per la via della vescica.

Nel decidere della possibilità di praticare l'isterotomia, importanti e gravi quesiti ci si presentano. Il collo dell'utero è desso lungo, o corto, grosso o sottile, già coinvolto nel tumore o no, mobile o fisso?

Prima ancora dell'introduzione di quest'atto operativo nella ginecologia, noi ci ponemmo sempre codesti quesiti in tutti i casi di fibromi, anche quando non poteva essere questione dell'estirpazione; e ci venne fatto di vedere molti tumori nei quali la decisione era impossibile senza il descritto processo di tirare in basso l'utero.

Tumori del segmento inferiore del corpo uterino si estendono soventi lunghesso e oltre la cervice, respingendo il peritoneo a un livello molto basso.

Il dito non può essere introdotto e immesso tra il tumore e la cervice, o lo si può fare soltanto per brevissimo tratto.

Appena invece si fa qualche trazione, con la pinzetta, sul collo, noi riusciamo a far passare il dito, ed anche a comprendere tra due dita il collo, se noi addottiamo la combinazione della parete addominale con la vagina o col retto.

La mano poi che preme sopra il pube deve lavorare ad un tempo per respingere un po' in alto il tumore.

C. . . . a

VARIETÀ

Trattamento antisettico dell' empiema nei fanciulli. — Il dott. Göschel riferisce nella Berliner Klinische Wochenschrift del 23 dicembre, quattro casi di empiema in bambini che avevano rispettivamente l'età di 1, 3 $^1/_2$, 3 $^1/_2$ e 4 anni; in essi la marcia venne evacuata mediante incisioni di 3 ctm. in uno spazio intercostale (generalmente il sesto) praticate nella nebbia fenica e dopo, per facilitarne il deflusso, s'introdussero tubi di drenaggio, applicando la fasciatura di Lister. I risultati furono soddisfacentissimi e l'autore si dimostra caldo partigiano di tale processo nell'età infantile.

NECROLOGIA

Le notizie riguardanti le persone, che in modo particolare si dedicarono allo studio od al pratico esercizio delle materie, per cui questi Annali videro la luce, fanno parte del programma del nostro periodico.

Si traduce questo dovere in un compito doloroso oggidì in cui ci tocca annunciare la perdita di un collega caro per le qualità del cuore e giustamente stimato e riputato per quelle della mente. Il professore **Cesare Zanobini** non è più. Nato in Toscana, attese agli studi medici in Pisa, li compiè in Firenze. Conseguita la laurea, mancandogli le opportunità di mettersi sulla via che alla cattedra conduce, si diede all' esercizio medico in condotta. Ma alla prima occasione si rivolse là dove lo spingeva la naturale attitudine; in sullo scorcio del 1861 fece il primo passo nella carriera tanto desiderata ottenendo la nomina di ajuto alla cattedra ostetrica di Pisa, in seguito a concorso per esame. Tenne il posto con onore ed alla morte del professore Centofanti venne per qualche tempo incaricato dell'insegnamento. Sostenne la prova per esame per conseguire definitivamente la cattedra. Se a questa non fu dato di arrivare ottenne però la nomina di professore di ostetricia nella Università di Genova; quivi ebbe campo di acquistare bella rinomanza nello insegnamento perchè fornito di vera dottrina, di facile e spesso elegante parola e nel pratico esercizio per il retto criterio ed il talento d' operazione. Scrisse sulle emorragie uterine da placenta previa, una osservazione clinica di cefalotripsia, ed in questi ultimi mesi disse il suo pensiero, frutto della sua lunga esperienza sulla distocia per metrocarcinoma in una breve scrittura. La febbre tifoidea lo spense il 9 marzo in Genova nella ancor vigorosa età di 49 anni lasciando rincrescimento e dolore in quelli che lo avvicinarono.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Volume I. Aprile 1879.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

CONTRIBUZIONE ALLA CURA CHIRURGICA

DELLE

FISTOLE GENITO-URINARIE NELLA DONNA

DEL

DOTT. GIOVANNI ALBERTINI
Professore di Anatomia Chirurgica e Medicina Operatoria
e Chirurgo Primario nell'Ospitale Maggiore di Milano

(*Continuazione*).

Osservazione VIII. — *Fistola cisto-vaginale assai ampia, in seguito a parto. Operazione : esito incompleto.* — Maccia Felicita, d'anni 40, domiciliata in Milano, via Quadronno, ebbe, 15 anni or sono, un parto assai laborioso che durò 24 ore, dietro il quale le restò una larga apertura della dimensione di due centimetri quadrati nella parte alta sinistra della vagina, qualche millimetro al disotto del muso di tinca, con perdita completa dell'orina e spasmo dolorosissimo vescicale, per un'ernia voluminosa che la parete anteriore della vescica formava attraverso la fistola. La vagina inoltre, tuttochè ampiissima per lacerazione e scomparsa totale del perineo, aveva per tutto l'ambito della sua superficie sofferto nella tessitura che era dura coriacea, sì da non permettere alcun avvicinamento dei bordi della fistola. Malgrado la convinzione che l'arte avrebbe fallito nel suo tentativo di cura radicale, pure non volli rinunciare all'impresa, non fosse altro che per sollevare

la paziente dalle gravi sofferenze prodotte dallo spasmo vescicale. Il 1.° agosto 1870, messa la donna in posizione laterale sinistra, feci una larga cruentazione alcuni millimetri oltre i confini ordinarii, vi applicai otto punti metallici, avvalorai la coaptazione con qualche incisione periferica della vagina per diminuire la tensione dei bordi messi a contatto, e vi misi la siringa a permanenza. Ma tutto inutilmente, chè dopo sei giorni dall'operazione i punti mediani si erano già distaccati da sè restando i periferici, per cui non si ebbe altro risultato che di diminuire di una buona metà il lume della fistola, ed impedire la sortita della parete anteriore vescicale. Laonde se la Felicita Maccia non ha ottenuto un successo completo, come era da prevedersi, ha avuto il conforto d'essere sollevata non poco dalle sue sofferenze, il che è già molto, quando trattasi di lesioni materiali superiori ad ogni risorsa dell'arte.

Osservazione IX. — *Piccola fistola cisto-vaginale: operazione fallita completamente.* — La presente istoria riguarda una piccola fistola di alcuni millimetri di diametro che certa Chichizzola Giovanna di Milano, d'anni 47, portava nel centro della vagina da 25 anni, dietro un parto stentato. Questa fistola dalla quale la paziente perdeva tutta l' orina, attesa la sua piccolezza, si sarebbe potuto trattare col caustico e con buon risultato. Ma animato dai successi anteriori, volli nel novembre del 1872 dar di piglio alla cucitura nella posizione laterale di Sims con quattro punti di cucitura metallica e senza siringa in vescica. Fu per me questa operazione la più semplice, la più spedita e felice; chè l'esilità e la sede della fistola, l' ampiezza della vagina, la docilità e tolleranza della paziente, ne favorirono gran fatto l' esecuzione. Eppure fallì completamente, in forza di una vaginite flemmonosa d' indole quasi difterica, che insorta subito il giorno appresso all'operazione, rammollì ed esulcerò i bordi combaciati della fistola, e fece staccare i punti metallici, lasciando un'apertura di qualche millimetro più grande di prima. La donna si è ristabilita in pochi giorni restandole il vizio nella sua interezza: sarebbe

stato il caso di ritornare dopo qualche tempo alla prova, e forse sotto migliori auspicii; ma attesa la disillusione subita la prima volta, non fu possibile persuadere la donna a ritentare l'operazione una seconda volta.

Osservazione X. — *Fistola cisto-vaginale associata a larghe briglie anteriori che simulavano un' atresia quasi totale della vagina. Occlusione della vagina. — Morte.* — Carolina Calvi, d'anni 25, di Cassano d'Adda, dietro un parto laboriosissimo sostenuto otto mesi prima e che durò due giorni, perdeva involontariamente ed in totalità le orine. Visitata dapprima sullo scorcio dell' anno 1868 dal professore Lazzati, poi da me, in concorso degli esimii dottori cav. Emilio Valsuani, Vittorio Giudici ed altri medici non meno egregi, si fece diagnosi di distruzione completa della metà posteriore del setto-cisto-vaginale e atresia della metà anteriore della vagina. Infatti, portando il dito oltre l'osculo vaginale, alla profondità di poco più di due centimetri, si urtava contro un cul di sacco duro e resistente formato dalla vagina, le di cui pareti erano cementate insieme da un tessuto cicatriziale forte e stipato. Alla parte laterale destra inferiore di questo cul di sacco, vi era una fessura di due centimetri nel senso trasversale e di quindici millimetri nel verticale, da cui gemeva incessantemente l' orina. Portata per il meato orinario rimasto illeso una siringa in vescica ed un'altra al di là dell'apertura anormale summentovata, se ne sentiva il tinnito metallico su tutti i punti dell'ambito pelvico; il che non lasciando alcun dubbio sulla perdita totale della parete cisto-vaginale, confermava sempre più il concetto che tutti unanimemente ci avevamo formato sull' indole e vastità della lesione. Davanti a questo caso veramente disastroso non v' era altro partito da prendere che, o di abbandonare la donna al suo destino, o di tentare l' operazione di Simon, cioè l' occlusione completa della vagina, per far sì che le orine ed il sangue menstruo raccolti in una sola cloaca formata all'avanti dalla parete anteriore della vescica ed all'indietro della parete posteriore della

vagina, si evacuassero dal meato orinario rimasto nella sua integrità. Essendo già trascorsi molti mesi dall' accaduto, mi credetti autorizzato, dietro anche l'avviso dei colleghi consultati in proposito, di tentare l' operazione di Simon summentovata, seguendo con molto scrupolo i precetti dati all'uopo da questo autore. La cruentazione fu fatta tutta all'ingiro del pertugio su quel resto di vagina che formava il cul di sacco: la cucitura metallica corrispose alla perfezione, e mantenuta la siringa a permanenza, questa funzionò egregiamente per tre giorni di seguito. Quando improvvisamente insorsero fenomeni gravissimi di flebite uterina con febbre ad accesso, vomiti incessanti, sudori colliquativi, insomma tutti i fenomeni di una violenta pioemia, che in cinque giorni trasse la mia operata alla tomba. L'autopsia confermò la causa prossima della morte in molteplici ascessi sparsi in pressochè tutti i parenchimi da pioemia che ebbe il suo punto di partenza dal sistema venoso dell'utero e della pelvi che era tutto zeppo di pus. Se non che all' esame degli organi genito-urinarii, qual fu la nostra amara disillusione nel ritrovare che la metà posteriore del setto cisto-vaginale era ancora integro e soltanto aveva una perforazione di poco più di un centimetro quadrato di estensione, mentre il cul di sacco che credevamo formato dai brandelli superstiti della vagina non era altro che una robusta briglia fibrosa che ravvicinava o meglio cementava fra di loro le opposte pareti del canal vaginale. Se un'idea preconcetta non avesse occupata la nostra mente, e se con un esame più dettagliato e minuzioso fossimo arrivati ad un concetto più vero ed esatto della lesione, un' altra impresa sarebbe stata indicata e con altro successo. Questo era il caso di incidere dapprima la briglia che precludeva la strada alla sezione posteriore del setto, e poi procedere all'ordinaria cucitura della fistola, che per le sue dimensioni non troppo esagerate avrebbe potuto offrire delle probabilità di guarigione.

PARTE SECONDA.

Del processo operatorio e delle norme seguite nella cura consecutiva.

Venendo alla seconda parte di questa mia esposizione, cioè all'atto operativo ed alle norme seguite nella cura consecutiva nelle varie osservazioni or ora narrate, comincerò a premettere che sebbene in massima io abbia abbracciato il processo originario di Marion Sims, pure ne' suoi dettagli non l'ho praticato onninamente, ma tolto da altri processi quello che mi è sembrato più utile e conveniente.

Intanto, nel primo momento dell'operazione, il quale non è meno essenziale degli altri e che consiste nel mettere in vista l'apertura fistolosa da operarsi, io divido perfettamente il parere di altri autori; che non si può essere esclusivi nella scelta della posizione da darsi alla donna, ma che convenga sempre senza idee preconcette nelle varie contingenze pratiche adottare quello che meglio convenga all'uopo. Delle quattro posizioni propugnate da Jobert de Lamballe, da Gustavo Simon, da Marion Sims e da Bozman, meno la prima, le altre tre possono trovare ciascuna la loro indicazione speciale a norma dell'altezza e della forma della fistola, del grado di mobilità dell'utero, dell'ampiezza ed espansione della vagina, e finalmente del grado di prolasso che la parete anteriore della vescica forma attraverso la rima della fistola. Nella generalità dei casi, a mio credere, si dovrebbe dare la preferenza alle posizioni sacro-dorsale e laterale sinistra di Simon e di Sims, come quelle che avvicinandosi alle posizioni normali in cui sogliono giacere le donne all'atto del parto, corrispondono assai bene allo scopo che si vuol ottenere, e sono d'altra parte più comode e meglio tollerate dalle pazienti. La posizione prona anteriore di Bozman, quantunque sotto alcuni punti di vista è utile per la maggiore veduta della fistola, come anche per il più agevole maneggio degli strumenti, riesce al contrario svantaggiosa

specialmente nei casi di fistole molto alte, in cui per il peso dell'utero che tende a portarsi all'indietro ed in basso, desse vengono allontanate non che dall'occhio dalla mano dell'operatore. In tutti i casi poi questa posizione è sommamente incomoda e penosa all'ammalata, specialmente se l'operazione, come appunto avviene col processo di Bozman, deve durare per molto tempo. Laonde io la pospongo recisamente alle altre due summentovate, riservandola proprio soltanto ai casi eccezionali. Delle dieci osservazioni da me citate, in due soltanto io adottai la posizione di Sims, nelle altre otto quelle di Simon o sacro-dorsale. In questa posizione che a mio credere è ancora la più comoda, la donna decombe sopra una superficie più vasta del suo corpo, e rendesi possibile l'amministrazione degli anestetici. Inoltre in tale atteggiamento la vagina stirata un poco all'avanti dall'estremità anteriore dello speculo, prende una posizione quasi verticale, e la fistola in qualunque posizione si trovi del piano vaginale si presenta di fronte, per modo che si può il più delle volte operarla in una posizione orizzontale che è certamente la più vantaggiosa pel chirurgo nel maneggio degli strumenti. Non occorre di soggiungere, per quanto riflette il primo tempo dell'operazione, ch' io operai tutte le mie ammalate lasciando le parti pudende in posto senza dislocare nè utero nè vagina, e servendomi all'uopo del semplice speculo a cucchiaio di Sims e di alcuni dilatatori della vagina. Tutto al più in caso di vagine molto ampie, le di cui falde mascherate accartocciate mascheravano le aperture fistolose, io mi servii di anse di filo gettate appunto sopra queste falde per dispiegare meglio la parete vaginale e mettere in veduta il punto da operarsi. Quantunque in massima convenga accettare sopra questo punto le vedute del chirurgo americano (pienamente giustificabili dopo la di lui invenzione dello speculo metallico a specchio), pure non approvo l'ostracismo quasi assoluto al quale si vorrebbe condannare la pratica di Jobert, ed anche di Simon, di stirare in basso e di addurre alla vulva il punto della vagina da operarsi, agendo sopra quest'ultima ed anche mediata-

mente sull'utero. Se nella pluralità dei casi queste manovre sull'utero riescono sommamente nocive e non corrispondono sempre al bisogno, pure in qualche caso speciale possono tornare indifferenti ed obbedire quasi ad uno stato di rilasciamento in cui già trovansi le parti genitali interne. Per cui, a parer mio, non si può sempre nè conviene in modo assoluto, rinunciare ad un sussidio col quale un' operazione già per sè lunga, tediosa e difficile, anche per le mani le più esperte, si può rendere brevissima e di facile esecuzione.

Circa al secondo momento dell' operazione e della cruentazione della fistola, io ho imitato allo scrupolo il Marion Sims. Infatti la cruentazione in superficie sotto forma di infondibulo ampio e profondo che comprenda non che la mucosa, anche il tessuto sotto-mucoso della sola vagina, senza punto toccare il contorno della fistola e la mucosa vescicale, forma il pregio caratteristico del processo americano e che ha deciso più che qualunque altra cosa dei facili risultati attuali dell'operazione. La modificazione arrecata più tardi dal Bozman alla cruentazione del contorno della fistola, e che consiste nell' esportare colle forbici la sola mucosa a piccoli brandelli, lasciando in posto il tessuto sotto-mucoso, ha piuttosto peggiorato che migliorato il processo del maestro. Con tale modificazione, nel mentre si rende questo momento dell'operazione molto più lungo, tedioso ed anche più difficile, si ha lo svantaggio di ottenere una superficie cruenta poco regolare, e di lasciare in sito gran parte del tessuto inodulare circumambiente alla fistola che meno si presta a lasciarsi addurre dai fili metallici all'atto della loro fissazione, e quel che è peggio, è refrettario al coalito consecutivo. Lo stesso principio della cruentazione ampia e profonda, io applicai all'occlusione della bocca dell'utero ch'io mi sono studiato di ridurre a metodo e che descriverò più avanti. Per me il momento della cruentazione è il più importante, il più delicato dell'operazione, quello che decide del suo risultato, e quindi richiede molta destrezza operatoria, molto tempo e la maggiore esattezza di esecuzione. Un chirurgo che

sta per compiere questo atto della sua operazione, mi dà l'idea di un pittore che dopo aver ultimata una tela non è mai contento di sè, e tocca di qua, tocca di là per averne i maggiori effetti. Meno che nell' osservazione N. 7, in cui volli esperire l'apparecchio Corradi con buon effetto, io ho sempre praticata la cruentazione col bistorino dapprima per delineare i confini del taglio, poi colle forbici a lungo manico incurvate sulle faccie o sui bordi.

Per il terzo momento dell'operazione, cioè del passaggio dei fili metallici attraverso lo spessore della vagina, io mi sono servito di preferenza di piccoli aghi di cucitura ordinarii di diversa grossezza e curvatura, fissati in diverso modo sul port'ago di nuovo modello di Robert e Collin, che per la sua semplicità ed efficacia è un eccellente acquisto del moderno armamentario per le suture da praticarsi nei meati del corpo: Vedi tavola I, fig. 4. In quanto ai fili, sull' esempio di Sims traduco dapprima un' ansa di filo di seta sul centro della quale attorciglio il filo d'argento che vi faccio tener dietro. Vedi tavola I, fig. 5. Degli aghi tubulati di Simpson e di Startig, e di cui se ne costruirono in questi ultimi tempi di tutte le dimensioni e curvature, io non ho mai voluto servirmene per la semplice ragione, come vidi più volte presso altri miei colleghi, che nei casi particolari difficilmente corrispondono all'uopo; o sono troppo grossi, o non hanno una curvatura che si addatti alla capacità della vagina dell'operanda, ovvero il filo metallico condotto o colla mano o mediante il congegno contenuto nel tamburo del manico dell'ago stesso o si incaglia o prova difficoltà a superare la curva dell'ago o finalmente forma delle piccole curve che possono seriamente imbarazzare il chirurgo nell' atto dell' attorcigliamento. L' apparecchio di Sims, come io dissi, è semplice, ha la maggiore latitudine di applicazione ed è sommamente economico. Per il quarto momento dell' operazione che comprende l' esatto aggiustamento delle superfici e dei bordi dell'infundibolo cruentato, e la loro fissazione mediante l'attorcigliamento dei fili metallici, io mi sono servito di preferenza

di due istrumenti, cioè della sonda aggiustatrice e dell'attorcigliatore di Denonvilliers, vedi tavola I, fig. 6, 7, 8, 9. Anche per questi due atti finali dell'operazione, io ho voluto imitare la semplicità simsiana, chè non mi persuade punto l'altra modificazione arrecata da Bozman al processo originario americano, e che consiste nel far passare le anse metalliche attraverso una laminella di piombo e di fissarle sopra questa coll'aiuto di bottoni dello stesso metallo, allo scopo di renderle solidali fra di loro nell'azione coaptatrice, e di immobilizzare nello stesso tempo il punto della vagina dove corrisponde la fistola. Tutto ciò che complica un'operazione, già per sè difficile nell'esecuzione ed incerta nel suo esito, è di buona massima da evitarsi. In questo caso poi la lamina aggiustatrice di Bozman non solo è svantaggiosa in quanto che toglie la veduta della parte operata e rende meno sicuro ed esatto il combaciamento delle superfici cruentate, ma è anche a mio credere inutile, in quanto che i fili metallici attorcigliati sopra sè stessi, a guisa dell'ordinaria cucitura a punti staccati, agiscono egualmente bene e con molta efficacia, e la vagina si mantiene immobile senza l'illusorio sostegno che le può fare in un punto isolato una piastrella metallica. Con questi due ultimi atti operatorii resta per Sims e per gli altri autori completata l' operazione. Io per maggiore sicurezza sull' efficacia della cucitura, ho trovato utile nelle mie operazioni di aggiungervi un ultimo atto, cioè l'iniezione di una certa quantità di latte tiepido in vescica, allo scopo di accertare il chirurgo se la cucitura esercita o meno la sua azione su tutta l'estensione della fistola, impedendo al liquido iniettato di farsi strada dalla vescica in vagina. In caso contrario il chirurgo seduta stante, prima che si inizii il lavoro dell' infiammazione plastica, può correggere o completare il suo operato, rimovendo quel punto o quei punti che non agiscono o aggiungendovene altri secondo il caso. Questo ultimo atto dell' operazione, sebbene faccia perdere un po' di tempo, pure può riuscire prezioso; lo prova l' osservazione VII.

Ultimata così l'operazione, le mie ammalate vennero riportate nel loro letto e quivi lasciate per nove o dieci giorni, nei quali, meno che nell'ultimo caso disgraziato, non avvennero accidenti degni di rimarco, se pur si eccettui in qualcuna un tantino di reazione febbrile della durata di non più di ventiquattro ore, prodotta non tanto dal trauma della cucitura, quanto dallo strapazzo e dal disagio sofferto durante l'atto operativo. E qui anzichè occuparmi della rimozione dei punti che io ho sempre, colle norme suggerite da Sims, praticato tra il nono ed il decimo giorno dall' operazione, e della successiva injezione di un liquido colorato in vescica nell' intento di cerziorarne l'esito finale; toccherò una quistione che risguarda la cura consecutiva e che è tuttora dibattuta fra gli autori i più benemeriti. L'argomento di siffatta quistione è il seguente: se chiusa la fistola genito-urinaria mercè la sutura, in qualunque modo dessa si faccia, convenga o meno di mettere una siringa a permanenza in vescica per tutto il periodo in cui deve durare l'azione della cucitura stessa e per alcuni altri giorni dopo. Jobert de Lamballe e lo stesso Sims che pur sono gli illustri fondatori dell' operazione, esprimono una opinione affermativa. Gustavo Simon al contrario, prima ancora che comparisse sull'orizzonte chirurgico l'astro americano, propugnava una pratica diametralmente opposta, dichiarando che la presenza della siringa in vescica dopo la chiusura della fistola genito-urinaria, nonchè inutile, è sommamente offensiva alla paziente. Inutile, perchè l'orina non esercita alcuna azione nè deleteria nè antiplastica sulle superfici cruente; dannosa ed offensiva perchè nel mentre obbliga la donna a giacere sempre nella maggiore immobilità nella stessa posizione, determina in molte pazienti un'azione irritante e spasmodica sulle pareti dell'uretra e della stessa vescica, sì che l' effetto che ne risulta è affatto in opposizione allo scopo che si vuol ottenere. Laonde esso consiglia ai chirurgi, ultimata che sia l'operazione, di lasciare che la donna libera da ogni impaccio prenda quella posizione che meglio le garba per mingere spon-

taneamente attraverso il meato orinario. Se poi la donna per condizioni sue speciali, locali o generali, offrisse poca tolleranza alla presenza dell'orina, Simon piuttosto che la siringa a permanenza, esorta di procedere al cateterismo ogni due o tre ore a norma del bisogno, fino a che il serbatojo orinoso abbia coll' andare del tempo acquistata una tale tonicità ed indifferenza da funzionare regolarmente. Quantunque ancor povero di esperienza circa l' argomento in discorso, tuttavia gli eccellenti risultati ottenuti in alcune delle mie operate, mercè la pratica di Gustavo Simon, mi fanno volentieri accostare all'opinione di quest' ultimo autore. Infatti che l' orina, dotata bene inteso de' suoi caratteri chimici normali, non abbia un'azione deleteria sui processi organici di riparazione, ce lo provano le molteplici operazioni che ad ogni tratto si intraprendono sull'apparato orinario, come litotomie, bottoniere, uretrotomie interne, spaccature di ascessi orinari. In tutti questi atti operativi in cui si lascia una soluzione di continuità l'umore escrementizio o non ne impedisce affatto il coalito, come talvolta si osserva nelle litotomie cisto-vaginali nella donna, ovvero se, come più frequentemente avviene, queste soluzioni si riparano per la vegetazione dei bottoni carnei, non ne turba per questo il regolare andamento, nè la perfetta cicatrizzazione. Ma v'ha di più: colla sutura delle fistole genito-urinarie col processo americano, la cruentazione comprendendo soltanto lo strato vaginale del setto, la parete vescicale ne viene esclusa, e quindi nella coaptazione delle superfici cruente, la tonaca della vescica assecondando il movimento della vagina, deve necessariamente, nel punto corrispondente alla sutura, raggrinzarsi e formare una grossa piega che a guisa di argine servirà a mascherare e difendere la rima della sutura, sulla quale l' orina che geme continuamente e si raccoglie in vescica non potrà esercitare, anche per la sola sua presenza, un'azione irritante sulla medesima. Se poi si aggiunge, come risulta dai fatti molteplici addotti da Simon, e come io pure ho constatato in alcuna delle mie operate, che la vescica tut-

tochè coartata sopra sè stessa e resa inerte per la involontaria evacuazione dell'orina per un'apertura preternaturale, è suscettibile ancora obliterata quest'ultima di dilatarsi e di riprendere completamente la propria funzione, si comprenderà quanto sia superfluo, nella generalità dei casi almeno, di applicare la siringa a permanenza in vescica dopo aver praticata la sutura delle fistole orinose, al solo scopo di avvalorare l'azione della sutura stessa, e abituare a poco a poco la vescica a sostenere la presenza dell'orina.

Darò compimento a questa seconda parte del mio lavoro col dare una breve descrizione del processo operatorio da me seguito per l'occlusione della bocca dell'utero. Se non che per intenderne le modalità operatorie e fare un giusto apprezzamento delle difficoltà non poche che si possono incontrare, bisogna aver fisso nella mente le modificazioni che il lavorìo della gravidanza e del parto fa subire all'utero e in particolar modo alla porzione vaginale della di lui cervice. Non volendo accennare che queste ultime, ognun sa che il cosidetto muso di tinca che allo stato vergineo dell'utero è alquanto appiattito dall'avanti all'indietro, e fa un sensibile rilievo sopra il piano del fornice vaginale, si raggrinza, si raccorcia sopra sè stesso dopo il parto, e talvolta scompare quasi completamente, sì che all'esplorazione se ne stabilisce la presenza dalla sede e dal foro di comunicazione colla cavità uterina. Inoltre il tessuto del collo già fitto e stipato, naturalmente acquista una maggior consistenza dopo il parto, anche per la presenza dei nodi cicatriziali risultanti dalle di lui lacerazioni avvenute durante il parto. Se tali modificazioni del muso di tinca si verificano dietro un parto normale fisiologico, a forziori si accentueranno ancora di più, quando l'utero per una causa qualunque di distocia ha subìto qualche grave lesione o contemporanea al travaglio del parto ovvero postuma al medesimo. Non fa quindi meraviglia se dietro le circostanze sfavorevoli del parto, che hanno successivamente potuto generare una fistola cisto-uterina, l'utero in genere, ma in particolar modo la porzione va-

ginale della sua cervice abbia subìto le maggiori alterazioni nella forma, nelle dimensioni e nella tessitura. Anzi, per ciò che riguarda quest' ultima, il di lei tessuto per l' abbondanza del tessuto cicatriziale, e per l'iperplasia generata dall' irritazione indotta dal passaggio continuo dell' orina diventa duro, stipato e quasi coriaceo, per modo da resistere all'azione del tagliente.

Egli è forse per non aver tenuto abbastanza conto di queste circostanze che andò fallito il primo tentativo di occlusione della bocca dell' utero sulla mia ammalata; infatti non ammaestrato abbastanza delle modificazioni di tessitura del muso di tinca, io mi accontentai di una cruentazione superficiale fatta colle ordinarie forbici; da qui ne avvenne che i due bordi tuttora grossi e consistenti, non si combaciarono abbastanza fra di loro e il coalito andò fallito. Il secondo tentativo ebbe un esito fortunato in forza delle modificazioni sostanziali del processo operativo, le quali consistettero in ispecial modo nel cruentare profondamente i due bordi della porzione vaginale del muso di tinca, in modo da assottigliarli quasi d'una buona metà, e farli combaciare esattamente fra di loro sopra una linea affatto orizzontale. Per riuscire in questo intento io ho immaginato un coltello a lungo manico, la cui lama gran parte ottusa finisca con una punta triangolare foggiata ad angolo a guisa del cheratotomo di Venzel; questa punta avente la dimensione di un centimetro e mezzo, è misurata sui diametri verticale e trasverso interni della porzione vaginale del collo uterino, ed agisce anzichè con un leggier movimento di sega come tutti gli altri coltelli, trafiggendo il tessuto uterino, precisamente come nella cheratotomia si trafigge la cornea. Ad ovviare poi il pericolo che questo coltello, che si fa agire con qualche forza, con pressione, vinta che abbia la resistenza non poca del tessuto coriaceo del muso di tinca, sorpassi i limiti della necessaria cruentazione, e vada a ferire il corpo dell'utero, ho collocato sul di lui dorso in corrispondenza della base della lancia, una salienza a guisa di ginoc-

chio, abbastanza pronunciata, che arresta d' un tratto il coltello e gli impedisce di passar oltre. (Vedi tavola I, fig. 2, 3). L'occlusione della bocca dell' utero io l' ho eseguita in quattro momenti distinti: posizione della donna e fissazione dell'utero; cruentazione della bocca dell'utero, applicazione dei punti metallici, injezione successiva di latte tiepido in vescica per constatare l' efficacia della sutura sulla bocca dell' utero. Delle varie posizioni da darsi alla donna io credo che la sacro-dorsale sia la migliore: a me ha corrisposto a meraviglia. In questa posizione naturale, l' utero che ha già la tendenza a portarsi all' avanti e ad accostarsi all' osculo vaginale, potrà ancor meglio essere messo in evidenza collo speculo di Sims o di Bozman, e tenuto fisso o collo speculo o meglio con delle anse di filo che si applicano ai lati del muso di tinca e si danno a tenere a due assistenti; gli uncini di presa sulla bocca dell'utero allo scopo di fissarla, riescono imbarazzanti al libero maneggio degli altri strumenti (vedi tavola II, III). Messa la donna in giusta posizione, si procede al secondo momento dell' operazione che è il più importante, cioè la cruentazione; per praticarla si afferra solidamente mediante una pinzetta ad anelli fornita alle sue estremità libere di piccoli uncinetti a denti di sorcio, prima il labbro anteriore, poi il posteriore o viceversa; indi col coltello tenuto nella mano come una penna da scrivere, si trafigge con uno o più tratti le due labbra in corrispondenza almeno della metà del loro spessore. Per il labbro anteriore, il coltello agisce in direzione obliqua dall'alto al basso e viceversa per il labbro posteriore, pure in direzione obliqua, ma dal basso all'alto (vedi tavola II). Le due ferite oblique incontrandosi in alto sopra una linea orizzontale, ne risulta, esportate che siano contemporaneamente le due fettuccie, una superficie cruenta ad imbuto angolare, colla base in basso e l'apice in alto, la quale coadiuvata dall' assottigliamento fatto dei due bordi del muso di tinca, si presta benissimo all' avvicinamento esatto dei medesimi. La sutura mediante il filo d' argento io l'ho praticata cogli stessi strumenti e colle medesime norme

come nella fistola cisto-vaginale, colla differenza che nel mentre in quest'ultima l'ago si fa scorrere sempre in una direzione obliqua parallela alle superfici cruentate, per l'occlusione della bocca dell'utero il filo si porta verticalmente sulle superfici di sezione, e precisamente alla base della porzione del collo che fa risalto in vagina (vedi tavola III). Quando i bordi assottigliati del muso di tinca sono messi a contatto colle loro superfici interne cruente, e tenuti stretti mediante le anse metalliche, la bocca dell'utero presenta l'aspetto di una rima (vedi tav. IV). Quando il combaciamento è esatto, desso resiste alla vis a tergo che il latte injettato in vescica ed entrato nella cavità uterina esercita sulla cucitura. Anche per questo genere di fistola, come ho detto, io non ho messo la siringa a permanenza in vescica: la donna riportata nel suo letto, evacuò spontaneamente l'orina dal meato orinario. La levata dei punti io l'ho fatta verso il decimo giorno, colle stesse norme come per la fistola cisto-vaginale.

Ecco quanto in quest'ultimo decennio della mia pratica civile ed ospitaliera io ho finora potuto raccogliere sul delicato ed importante argomento della cura radicale delle fistole genito-urinarie nella donna. Dalle poche osservazioni esposte, e dai pochi riflessi a cui quest'ultime diedero occasione, emerge di leggieri come alcuni punti del detto argomento formano tuttora oggetto di discussione. Su questi, la scienza suffragata dai fatti potrà in seguito arrecare dei responsi definitivi. Intanto io mi chiamerò ben fortunato se, presentandomisi l'opportunità di continuare i miei studii su questo tema, sarò in grado di offrire qualche altro piccolo tributo al lavoro comune.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Istrumenti adoperati per l'occlusione della bocca dell'utero.

Tavola I. — Fig. 1. Pinzetta uncinata a dente di sorcio. — Fig. 2. Coltello triangolare a ginocchio dell'autore veduto di fronte. — Fig. 3. Lo stesso veduto di sghembo. — Fig. 4. Portago di Robert e Collin. — Fig. 5. Ago da cucitura con l'ansa di filo di seta su cui sta accavallato il filo metallico. — Fig. 6. Sonda aggiustatrice veduta di fianco. — Fig. 7. La stessa veduta di fronte. — Fig. 8. Attorcigliatore di Denonvillier veduto di fronte. — Fig. 9. Lo stesso veduto di fianco.

Tavola II. — *Rappresenta il primo momento dell'operazione o la cruentazione.* — 1. Bocca dell'utero. 2. Atteggiamento del coltello triangolare nell'atto di incidere il labbro anteriore dell'utero. — 3. Uncino che afferra e fissa il labbro anteriore. — 4 e 5. Anse di filo che fanno presa e tengono fissa la bocca dell'utero. — 6. e 7. Dilatatori della vagina.

Tavola III. — *Rappresenta il secondo momento dell'operazione dell'occlusione della bocca dell'utero od il passaggio dei fili.* — 1. Filo metallico laterale sinistro. — 2. Filo metallico mediano. — 3. Filo metallico laterale destro. — 4. 4. Anse di filo che fanno presa e fissano la bocca dell'utero. — 5. Bocca dell'utero cruentata.

Tavola IV. — *Rappresenta l'occlusione della bocca dell'utero ultimata.* — 1. Bocca dell'utero chiusa da due fili metallici. — 2. Pareti anteriori della vagina. — 3. Parete posteriore della vagina. — 4. 4. 4. Dilatatori della vagina.

Tavol

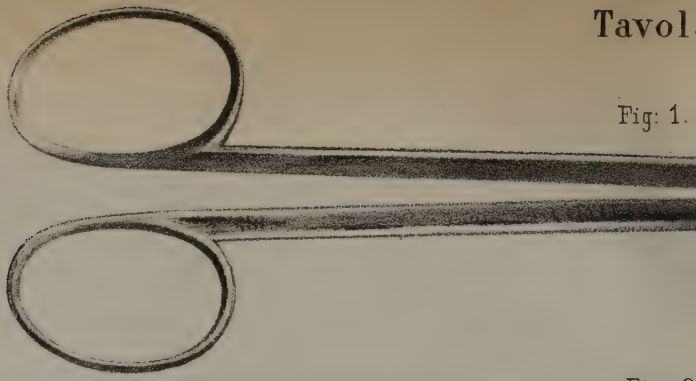


Fig: 1.

Fig: 2

Fig: 4.

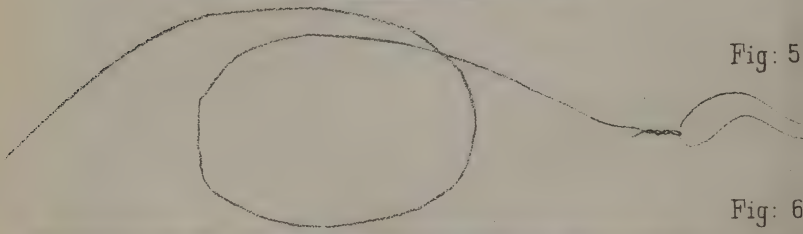


Fig: 5

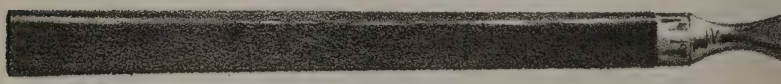
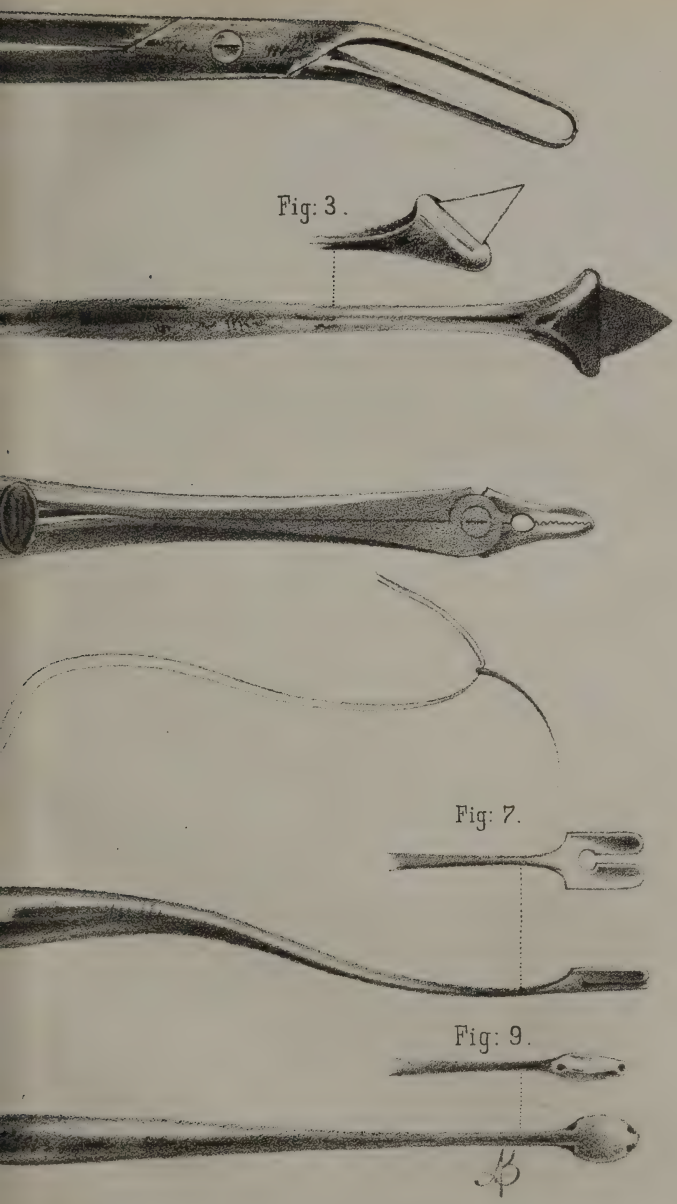


Fig: 6

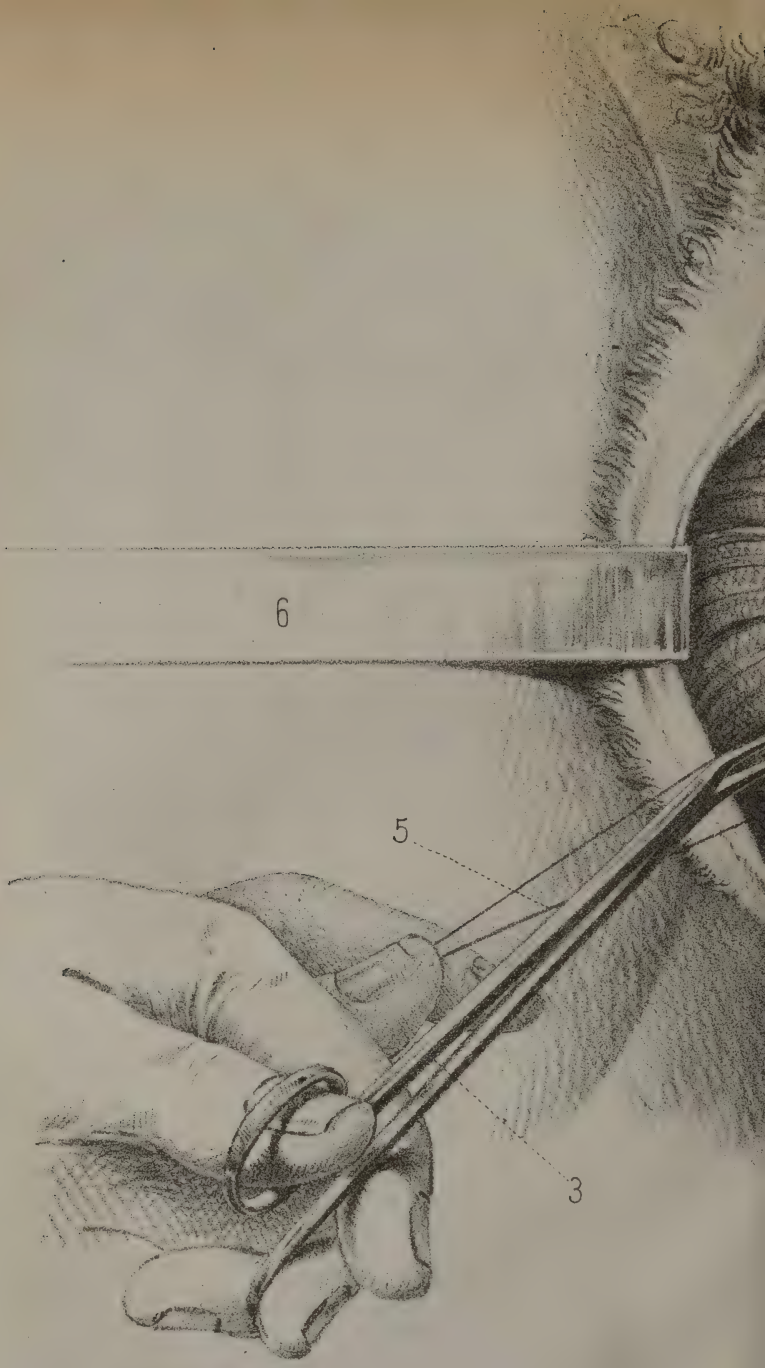
Fig: 8

CENNI dis. dal vero

I.a

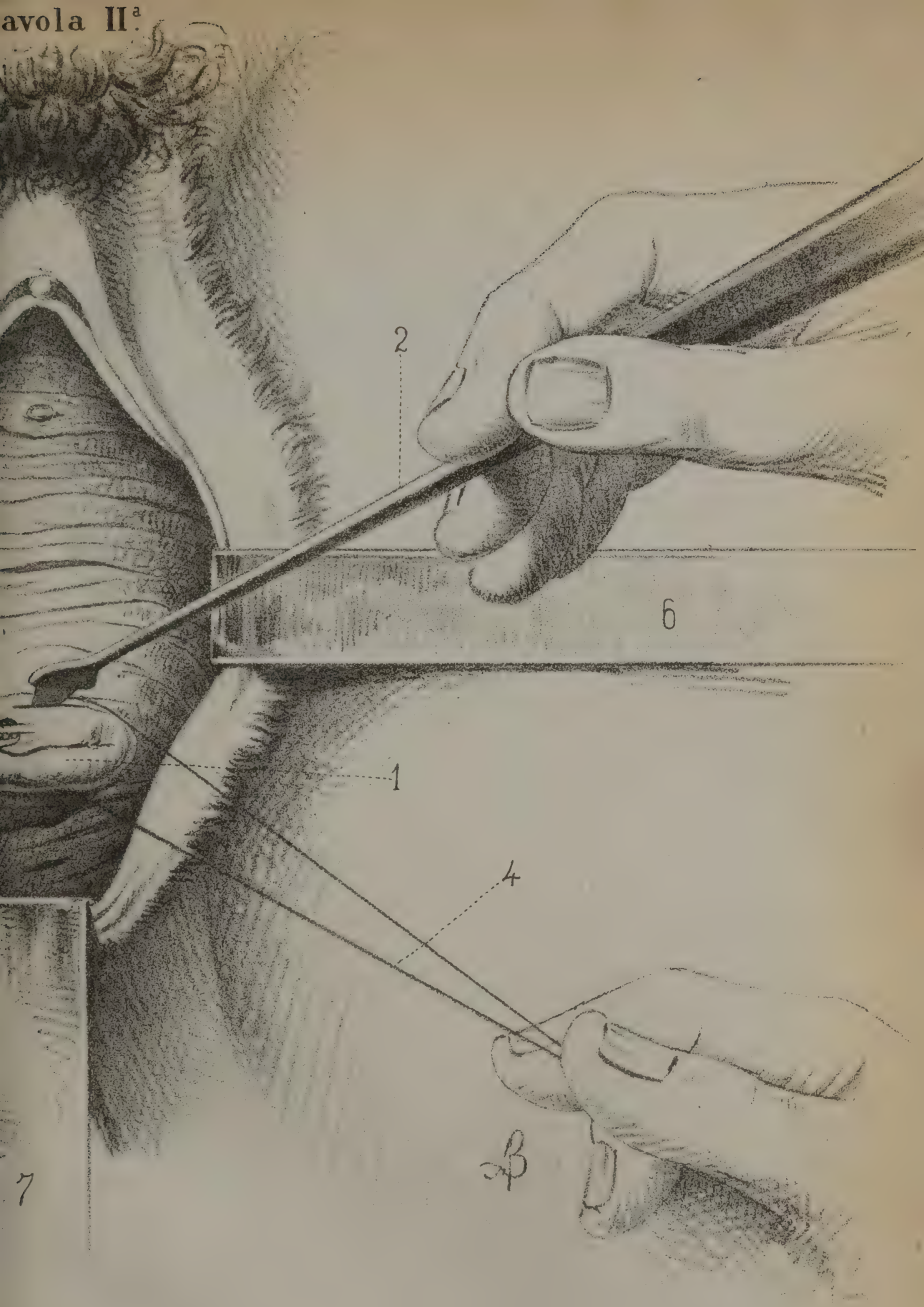


Lit: D. Bellazzi, Milano S. Zeno 4

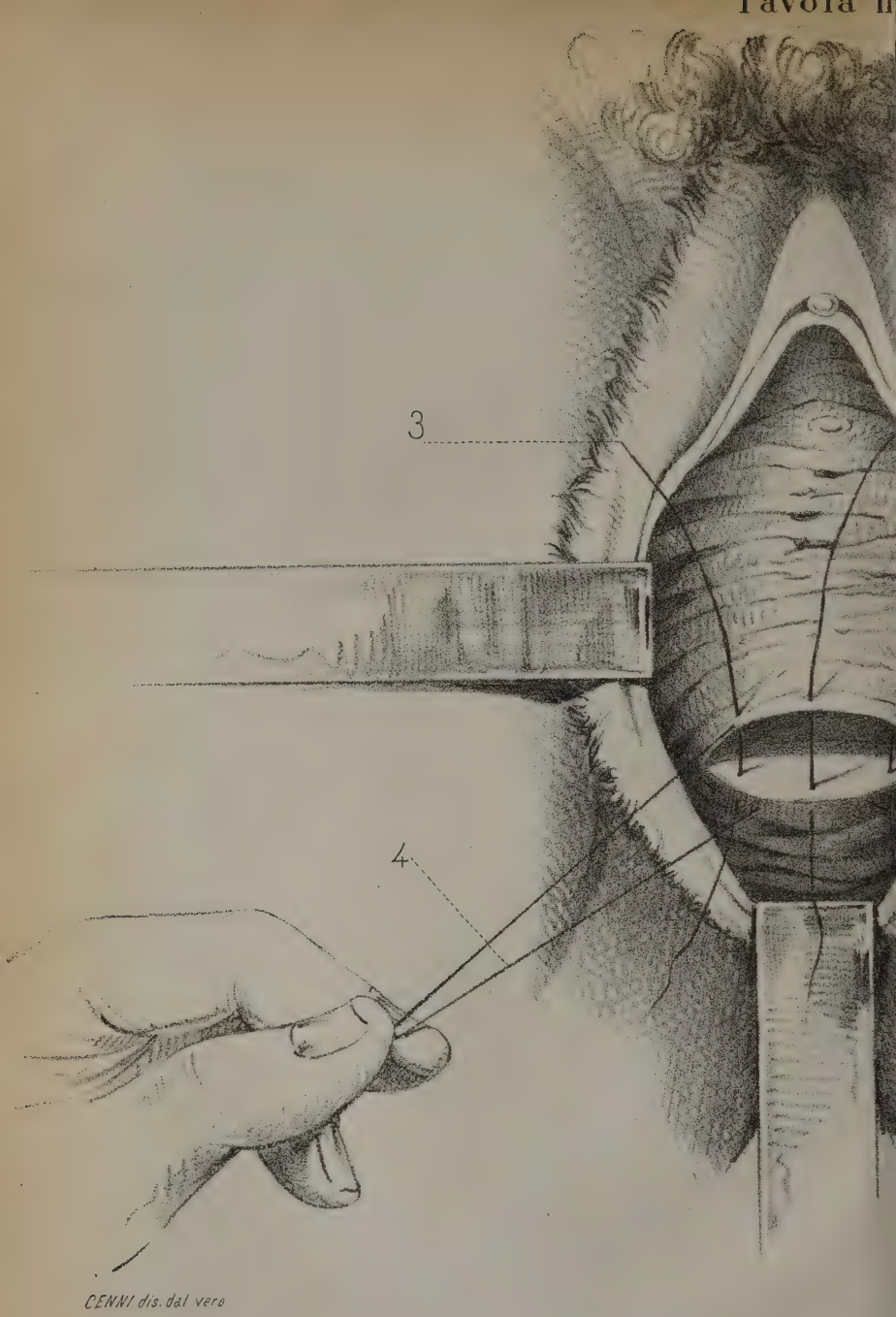


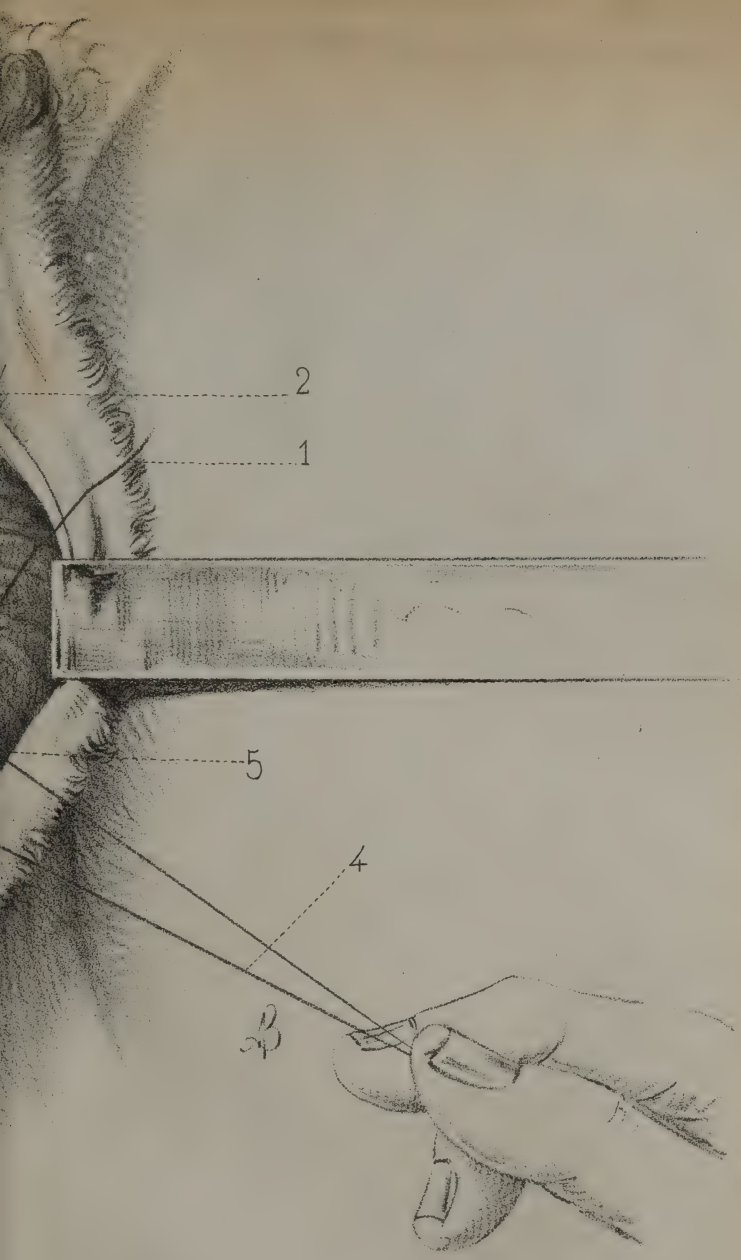
CENNI dis. dal vero

avola II.ª

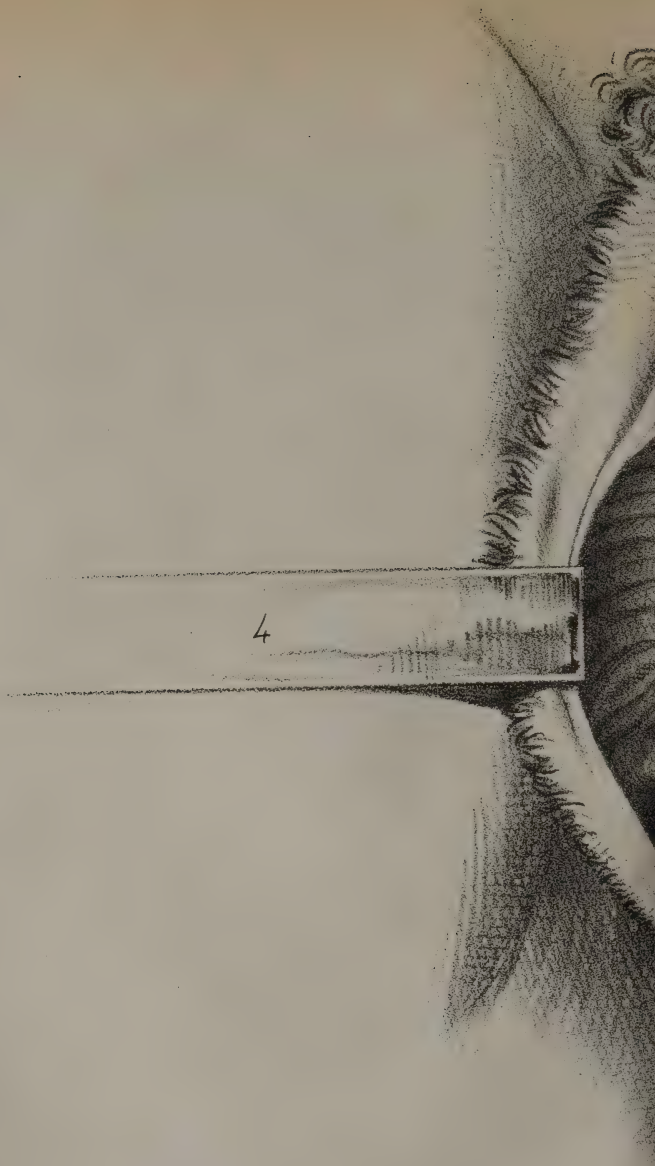


Lit: D. Bellazzi, Milano S. Zeno 4.


3
4
CENNI dis. dal vero

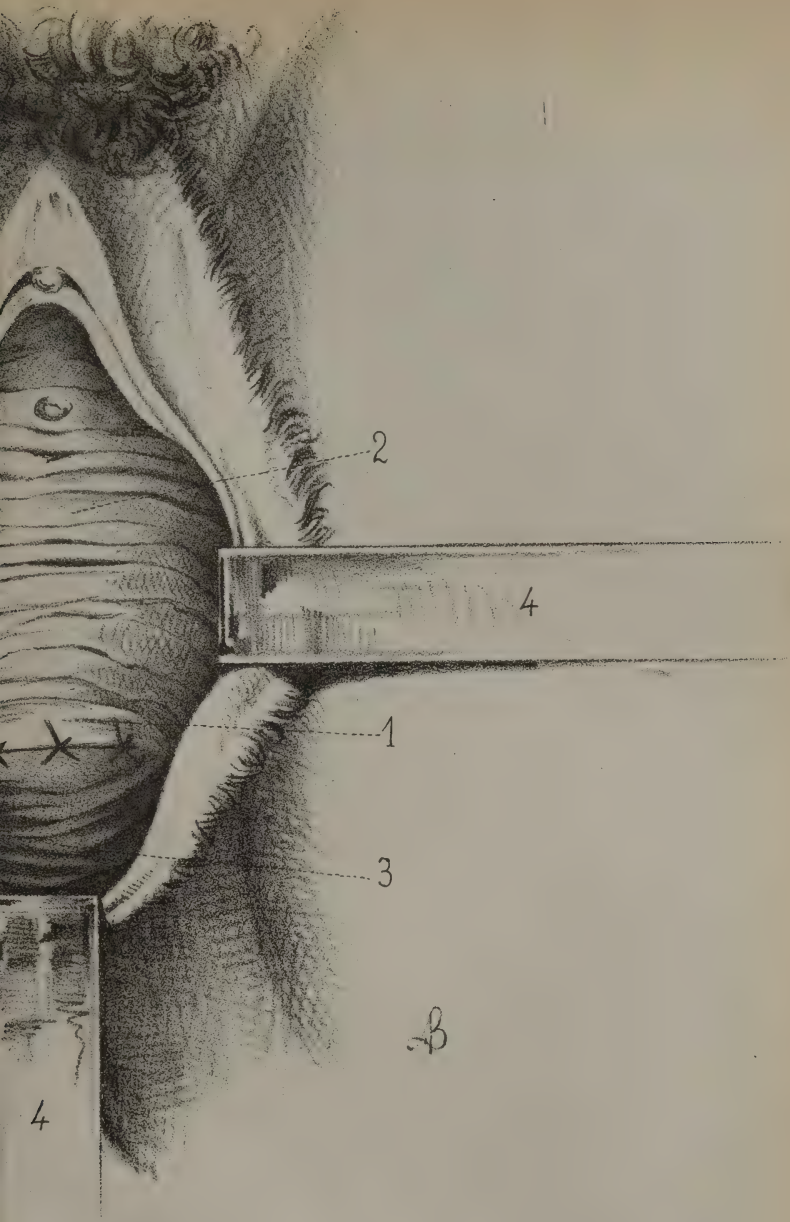


Lit: D. Bellazzi, Milano S. Zeno 4.



CENNI dis.e dal vero

Tavola IV.ª



Lit: D. Bellazzi, Milano S. Zeno 4.

Istituto Ostetrico di Torino

INFLUENZA DELLA GRAVIDANZA SULL'ORGANO DEL RESPIRO

IN CONDIZIONI FISIOLOGICHE E PATOLOGICHE

STUDIATA SPERIMENTALMENTE E CLINICAMENTE

DAL

DOTT. LIBERO BERGESIO

Medico 1.° Assistente

Le esperienze istituite nel 1849 dal Kuchenmeister e dopo lui dal Fabius, per stabilire l'influenza che la gravidanza esercita specialmente negli ultimi mesi sulle funzioni polmonari, non approdano neppure tutt'oggi a risultati certi.

Essendo poco numerose le esperienze di questi primi autori e credute poco concludenti, il Wintric e recentemente in modo più esteso e sicuro il Dhorn di Marbourg ripresero questo studio, poco di nuovo però aggiungendo alle primitive deduzioni.

In sul finire dello scorso anno scolastico, col mio amico il dott. Cuzzi di permanenza momentanea allora in Torino ove dettava il suo Corso libero d' Ostetricia, riprendemmo questi studi, segnando con rigoroso metodo statico il livello a cui giungevano nell'inspirazione i polmoni e misurandone la capacità collo spirometro nella gravida al nono mese. Era nostro scopo lo studiare, come fece il Dhorn, le differenze che succedevano nel puerperio. Pur troppo che il chiudersi della Clinica, la partenza dell'amico, fecero si che si dovettero interrompere; per cui le poche che potrei presentare non possono avere un valore sperimentalmente scientifico e nulla di nuovo presentano.

Nell'anno in corso, l'aver osservato in modo tipico di nuovo la strana influenza che la gravidanza esercita sulle malattie polmonari, qualche caso clinico successo, l'impressione che mi fece la lettura dei vari lavori usciti sul modo di comportarsi delle malattie cardiache nella donna gravida, m'indussero a

richiamare l'attenzione di chi è più di me capace, onde indagare le variazioni gravidiche delle malattie polmonari; per cui questo mio breve lavoro non ha altro scopo, altr' ambizione d'un semplice invito a fare pei polmoni ciò che così bene fu fatto pel cuore.

Lo studio esclusivo dell'influenza della gravidanza sulle funzioni fisio-patologiche dell'organo respiratorio, senza accennare a quella che esercita sull'organo centrale del circolo, non sta. Queste due funzioni sono fisiologicamente così intralciate, confondono i loro effetti in modo tale che scinderne completamente lo studio nei vari fenomeni che si ripercuotono in amendue, quando uno di essi è ammalato, sarebbe contrario alle più normali regole della fisio-patologia. L'uno serve come riverbero dell'altro; e per poco sii squilibrata la funzione in uno, tosto l'altro verrà impressionato nell'esercizio suo.

L'influenza della gravidanza sulla funzione fisiologica circolatoria in genere e sul cuore in ispecie, sia sul contenuto come sul contenente, fu variamente e con molta dottrina in questi tempi sviluppata. Già alcunchè se ne sapeva su questo tema; da prima di questo secolo. Ma le idee erronee che regnavano, la poca conoscenza dello studio delle funzioni della vita, fecero nascere discussioni e conclusioni che la scienza moderna distrusse e che qui non è il luogo di accennare. Non è mio scopo l'arrestarmi nell'analisi di fatti divenuti oggidì vero patrimonio scientifico. Ricorderò solo essere meriti speciali d'Andral e Gavarret, Bequerel e Rodier, di Regnault e di Virchow, l'aver indicato con certezza le variazioni istochimiche che nel sangue succedono pel fatto della gravidanza. Variazioni in parte già prima indicate dal Zimmerman ed oggidì in gran parte riconfermate dagli studi del tedesco Nasse.

Il modo di comportarsi del circolo nella gravida fu osservato non solo nelle alterazioni istologiche del contenuto, ma pure nelle variate condizioni fisiche del contenente e quindi negli sbilanci idraulici che ne derivavano. Di qui sorsero gli studi del Larcher (1826-27), del Beau e del Ducrest (1843)

ed in ultimo del Blot, di Zambaco e di Beraud, che stabilirono come fatto costante — l'ipertrofia cardiaca nella gravidanza, ipertrofia quasi esclusivamente a carico del ventricolo sinistro, temporaria come la gravidanza. Quest' aumento, che fu constatato non solo colle misure prese sulla donna vivente, ma pure al tavolo necroscopico dalla generalità dei clinici ostetrici e che dal Blot fu valutato in peso e fissato ad un quinto in più del normale, è oggidì messo in dubbio. Nel 1862 primo il Gherard fondandosi sull'esito di quattro autopsie da lui presenziate e nel 1876 il Lòlhlein che ne riprese lo studio, negarono con fatti quest'ipertrofia del ventricolo sinistro dipendente dalla gravidanza. Per parte mia in tutte le autopsie che ho presenziato l'ho sempre vista, e con me fu notata dai settori dell'Istituto anatomo-patologico che sono incaricati dei reperti necroscopici delle Cliniche.

Non è mio scopo il diffondermi maggiormente su questi fatti, ad altro tendendo questo lavoro. Mentre che l'influenza della gravidanza sulle azioni fisio-chimiche-meccaniche del circolo aveva trovato valenti cultori che già da qualche anno la spiegarono o colle loro esperienze la dimostrarono, il modo di comportarsi patologico era stato lasciato in disparte. Il modo di comportarsi della gravidanza, le modificazioni profonde, le alterazioni, i disturbi che questa imprime al cuore ammalato in specie ed in generale poi alla funzione circolatoria, è uno studio tutt'affatto recente. Poco o nulla, negli autori di qualche anno fa, si diceva su questo importante soggetto.

Appena qualche allusione, qualche vaga frase, qualche timida supposizione, qualche osservazione clinica senza commenti, come osserva molto bene un distinto scrittore italiano di cose ostetriche, il Chiara, ecco ciò che si sapeva circa l'importante nesso che esiste tra la cardiopatia e la gravidanza; ma se la patogenesi, il perchè del grave squilibrio non era indagato e passava ignorato, ammettevasi però in genere l'importanza del fatto, ed i clinici erano d'accordo nella via da seguirsi nei gravi frangenti che la gravidanza produceva nella cardiopatia.

Anche questo vuoto fu ora colmato. Già il De Cristoforis nel 1863, negli Annali Universali, con una serie di osservazioni avea chiamato l'attenzione dei clinici sull'influenza della gravidanza nelle malattie cardiache e polmonari, attribuendo la comparsa dei fenomeni alla stasi da lui chiamata superiore che colpiva i visceri in questione. In questi ultimi anni poi troviamo questo campo lavorato e solcato da distinti autori, e le recenti pubblicazioni sull'influenza della gravidanza sulle cardiopatie di Ollivier ed Hecher prima, di See, Macdonald, Budin, Marty e Peter presso le vicine nazioni, del Chiara appo noi, hanno illustrato questo tema importante e riempiuta la lacuna che ancor rimaneva. Il seguire le dissertazioni tutte con cui fu tolto in gran parte il velo dal misterioso legame tra la cardiopatia e la gravidanza, lo svisceramento che si fece dei fatti, i corollari che ne dedussero, sarebbe cosa lunga. Si stabilirono le cause dei dannosi effetti sulle varie affezioni del cuore, sull'insufficienza della mitrale in specie; e le deduzioni ed i fatti clinici debbono essere ben conosciuti ed impressi nella mente dei medici in genere, degli ostetrici in specie, per evitare errori che possono molto facilmente condurre a conseguenze disastrose.

Ciò che per le malattie del circolo si fece e per le conseguenze che ne possono succedere, va pur fatto per quelle polmonari. Qualche studio già fu fatto su questo tema. L'influenza che sulle malattie dell' organo del respiro esercita la gravidanza, fu dai clinici già prima osservata. Ma come per quella del cuore, così per queste, si contentarono di constatare il fatto, suggerire provvedimenti all' uopo, mantenendosi sulle generali su moltissime questioni, e più di tutto accennando vagamente solo in complesso ai motivi reali di questo stato anormale creato dalla gravidanza.

Si accennò alla profilassi. Si riconobbe esservi affezioni lente che fatalmente peggioravano. Queste considerazioni profilattiche esposte dubbiosamente da alcuni, da altri con maggior franchezza, in ben pochi con quella sicurtà che è spettanza della convinzione scientifica, non entrarono nel dominio del pubblico.

Ammetto ed approvo pienamente che in una questione così delicata e che tocca interessi così gravi, si debba marciare molto cautelati e che il consiglio medico debba essere attorniato da tutte le cautele necessarie perchè non erri, — specialmente per consigli oso dire radicali relativamente ad una classe di lente affezioni polmonari; profilassi che si consegue coll'astensione dal matrimonio nelle nubili e di nuove gravidanze o di gravidanze nelle maritate. Ma come è dovere del Sanitario d'indicare le contingenze tutte che sono possibili nello svolgersi d'un'affezione, sarà pure suo dovere, ammaestrato dalla pratica clinica, d'adoprarsi a tutt'uomo affinchè queste indicazioni, questi precetti, diventino fatti accettati dal volgo profano. Così sarebbero evitate molte delle malattie ereditarie. Così il mondo non si troverebbe oberato da una classe di più di mali, quelli trasmessici dai padri, classe che l'igiene deve far scomparire.

Non s'ereditò la tubercolosi polmonare. È vero. Ma s'ereditò benissimo la predisposizione, china liscia, scorrevole su cui facilissimamente si sdrucciola, e che trova nel matrimonio e sue conseguenze una sicura scintilla che farà scoppiare il fuoco latente. Con ciò non voglio farmi il proscrittore del matrimonio in questi poveri infelici. No. Ma l'imeneo va assistito dalla provvida igiene. E con un veto assennato ed a tempo si possono salvare molte volte, due creature. Una dilazione di tempo, il lasciar passare qualche anno, i più belli è vero della vita nostra, ma che pur troppo sono i più fecondi per la donna per certe malattie ed il campo più ubertoso per le tisi in specie, dando tempo all'organismo di rafforzarsi seriamente contro il nemico occulto e non debilitarlo con nuovi gravami, è cosa oltre ogni dire provvida. Una dilazione è solo una privazione momentanea, e le patetiche leggi del sentimento dovrebbero ognora nelle nostre menti dar luogo agli eterni ed indiscutibili precetti della ragione.

Prima però di venire ad analizzare i vari modi ed a studiare il meccanismo con cui la gravidanza aggrava e preci-

pita un'affezione dell'albero respiratorio, debbo brevemente ritornare sulle modificazioni ch'essa imprime sull'organo del respiro allo stato fisiologico. Modificazioni che debbono porci sulla via della spiegazione dei fenomeni caratteristici dei casi patologici.

Uno squilibrio allo stato fisiologico esiste. Le cause di questo squilibrio vanno ripetute da due fonti differenti. L' uno d'ordine chimico e riguarda lo scambio dei gaz nelle cellette polmonali, nonchè l' esalazione di questi per la superficie interna dei polmoni. All'altro d' ordine meccanico appartengono i fenomeni vari che apporta alla funzione polmonare lo svilupparsi nell'addome dell'utero, il suo salire verso le regioni superiori diaframmatiche, l'ostacolo infine che colla sua presenza meccanica reca alle relazioni che i polmoni prendono nel loro funzionare colle parti vicine.

Quest'influenza era la sola conosciuta dagli scrittori di qualche anno fa, ed è su questa che si poggiavano per spiegare ogni disturbo fisiologico che nella funzione polmonare della gravida succede. Molti degli effetti chimici sono in relazione col disturbo meccanico, e compaiono solo quando entrano in scena i disturbi fisici, verso gli ultimi tempi della gravidanza. Ma come mal si apporrebbe colui che volesse spiegare il precipitare che fanno le malattie lente dei polmoni, la maggior gravità che assumono le acute già al 4.°, 5.° mese, solo coi disturbi meccanici che l'utero apporta al circolo. Disturbi che pel volume dell'utero in quei momenti non possono dar luogo per gli effetti di compressione alla grave fenomenia che ne insorge.

Poco si curarono gli scrittori ostetrici di approfondire la relazione che tra gravidanza e modificazione al circolo esisteva. L'utero secondo essi sviluppandosi al fondo, diminuiva il cavo toracico, impediva la completa azione del diaframma, e la gestante era maggiormente soggetta a tosse e dispnea negli ultimi tempi della gravidanza. Ecco il poco che in genere si trovava e ch'io trascrivo da uno dei più reputati trattatisti,

dal Cazeaux, per citarne un solo tra i molti. Kuchenmeister e Fabius forse i primi stabilirono con esperienze che la base del torace aumenta di larghezza negli ultimi tempi della gestazione; a ciò arrivarono sperimentalmente colla spirometria nelle donne gravide. Si sa che le esperienze fatte collo spirometro non possono avere tutto quel valore scientifico di cui si abbisogna, variando molte volte il risultato spirometrico da condizioni extrapolmonari, come il sapere più o meno servirsene e nell'abitudine di questa ginnastica del polmone. Infatti abbiamo soggetti robusti, dotati di capacità polmonare maggiore e di forza più grande che fanno allo spirometro prova più infelice di altri in cui le condizioni generali e locali sono più deficienti. Inoltre collo spirometro si tratta sempre di moti polmonari esagerati, moti che non sono analoghi a quelli che fisiologicamente può fare una persona sana specialmente se gravida. Per cui le cifre prese durante gli atti respiratori non possono essere del tutto consoni a quelle che si ricavano, a pari condizioni generali del corpo, nella respirazione normale.

Il fatto però dai due primi sperimentatori trovato è vero, e come tale fu constatato dalle ulteriori prove. Alla medesima conclusione arrivarono Wintric e Dhorn di Marburg. Quest'ultimo per rendere più certi i suoi risultati ricorse alle differenze che la misura presa su vari punti del torace presentava. Si servì a tal uopo del cirtometro del Woillez. Le sue esperienze furono fatte su 50 donne nell' ultima settimana della gravidanza, e quindi riprese sulle medesime in sul termine della prima settimana puerperale. Ne dedusse le seguenti conclusioni. La base del torace aumenterebbe nella gravidanza nel trasverso, diminuirebbe nel senso anterior-posteriore. Questi cambiamenti sarebbero nulli alla linea ascellare. Secondo il Dhorn, questo fatto dipenderebbe dalla trazione delle inserzioni diaframmatiche sulle coste e sullo sterno.

Di queste esperienze conosco ciò che in genere si legge negli autori ostetrici recenti. Come già dissi, le poche prove da me instituite l'anno scorso in cui mi sono tenuto al medesimo

metodo impiegato dall'autore tedesco non sono punto conchiudenti. Tornandoci su colla mente in quest'anno, anzi in questo mese, quelle misure non mi parvero sufficienti e quel metodo non del tutto immune da pecche, nè scientificamente rigoroso. Era così poca cosa che dai risultati avuti se ne potè dedurre, così poca la differenza data dalle misure, che subito compresi non essere sufficiente a spiegare il nuovo modo di comportarsi del respiro pel fatto della gravidanza. Inoltre il Dhorn studiò solo il lato meccanico della dilatazione del contenente, non le alterazioni del contenuto. Studiò solo una parte del problema, non quella che riguarda la funzione intima. Per cui dalle sue esperienze poco o nulla si potrebbe dedurre circa gli squilibri che nella funzione succedono. Dirò subito ch' io non fui più di lui fortunato. Lo sperimentare nelle cose nostre per cercare la spiegazione dei fatti è cosa che sta sempre, e può far perdonare allo sperimentatore anche un insuccesso. Non a tutti è dato il poter additare fatti nuovi.

Al vano lasciato dal Dhorn, alla relazione della diminuzione della cassa sulla funzione, cercai di ovviare in parte. Quindi alle misure cirtometriche aggiunsi lo studio della capacità polmonare collo spirometro e della forza col pnuematometro.

Il criterio della ripresa delle misure nel puerperio non mi parve sufficientemente esatto. Anzi, parlando di queste mie prove che volevo tentare coll' egregio direttore della Clinica ostetrica, il prof. Tibone, che ognora m' è largo de' suoi preziosi consigli, egli pure manifestò la medesima idea, come pure mi suggerì varie modificazioni nel modo e sito da prenderle: il criterio suddetto lo trovai prematuro. Si dovrebbe attendere che le traccie tutte della gravidanza e del parto sieno scomparse dall' organismo, aspettare ch' esso si sia completamente liberato dall'influenza di questi due stati, e le funzioni tutte ritornate al primitivo modo di comportarsi extragravido, per cercare le anomalie di queste, se anomalie esistevano. Riprendere cioè le medesime misure sulla stessa donna, uno o due mesi dopo. Ciò fare io non posso. Le regole della mater-

nità e della clinica non permettono un lungo soggiorno. Le donne non ritornano a noi che a chiamare assistenza per una nuova gravidanza. Il voler studiare le differenze, specialmente nella funzione polmonare, nei primi tempi del puerperio è erroneo. L'Arnold già da varii anni constatò che la capacità polmonare e la forza diminuiscono nel puerperio, ciò per lo stato speciale di debolezza in cui forzatamente si trovano nelle donne le varie funzioni dopo lo sgravio. Stato che naturalmente farà sentire i suoi effetti in modo speciale sui polmoni e che si protrae sino ad involuzione regolare compiuta. Per cui, sopra altri dati ho creduto bene fondarmi, e da altre vie prendere le mosse per questo mio lavoro.

Volendo studiare il modo di comportarsi della funzione polmonare nei due ultimi mesi di gravidanza normale, e se alterazioni vi nascevano, di qual natura ed estensione esse si fossero; per termine di paragone, cercai in che modo essa si comportasse in altrettante non gravide, in cui le condizioni generali fisiche, di vitto, di dimora, fossero le medesime. Sperimentai cioè su 15 alunne della Scuola Ostetrica minore, che gentilmente mi vollero favorire, e su 15 gravide tolte nelle due sezioni, nubili e maritate, in cui funzionano la Clinica studenti e quella delle levatrici.

L'età delle 30 donne scelte per l'esperienza varia dai 19 ai 34 anni; previo esame statico rigoroso degli organi del circolo e del respiro, m'assicurai che nessun ostacolo patologico si frapponesse a queste funzioni. Respiro e circolo si facevano nelle non gravide in modo normale, nelle gravide tolti gli incomodi gravidici, null' altro di anormale si osservava. I medesimi punti di repere furono presi in tutte le misure cirtometriche. Lo stesso metodo ed i medesimi apparecchi servirono in tutte per misurare la capacità polmonare e la forza inspiratrice. Ecco i varii specchi delle esperienze istituite, cui per non tediare di troppo il lettore, farà seguito un quadro riassuntivo delle medie che si deducono dalle cifre avute:

Esperienze sulla misura capacità e forza polmonare fisiologica su femmine non gravide.

Tavola I.

N.° d'ordine	Età Anni	Stato	Peso Chilog.	Altezza Centim	Diametri toracici della Base: Inspirazione	Base: Espirazione	Apice: Inspirazione	Apice: Espirazione	Diametro del torace al livello della punta dello sterno: Antero poster.	Trasversale	Capacità polmonare	Forza pneumometrica
1.	19	Nubile	56	165	75	71	85	80	19,2	27,2	3250	60
2.	31	Pluripara	54,3	152	77	73	85	81	20,3	25	2400	58
3.	22	Nullipara	60	157	79	70	89	84	20,5	27,2	2100	80
4.	34	Multipara	59	151	79	72	87	84	—	—	2300	60
5.	26	Primipara	54	151	81	79	87	85	20,5	27	2600	60
6.	26	Multipara	63,5	159	78	72	92	86	—	—	3100	60
7.	25	Multipara	72	157	88	82	98	92	29	25	2700	52
8.	26	Multipara	72	160	87	82	94	87	21	26	2700	30
9.	22	Primipara	44	140	72	66	78	75	19	25	2000	50
10.	30	Multipara	69	147	86	84	94	90	—	—	2600	54
11.	24	Multipara	59	162	74	70	87	81	—	—	2800	40
12.	25	Primipara	53	153	77	75	82	79	—	—	2300	60
13.	21	Nubile	51	152	75	72	83	80	21	26	2200	60
14.	22	Primipara	68	162	85	83	93	91	21,7	28,5	2600	
15.	21	Multipara	44,5	141	69	65	71	68	19	24	2000	50

Esperienze sulla misura, capacità e forza polmonare fisiologica su femmine gravide.

Tavola II.

N.° d'ordine	Età	Peso	Altezza	Diametri toracici della				Diametro del torace al livello della punta dello sterno		Capacità polmonare	Forza pneumometrica
				Base		Apice					
	Anni	Chilogr.	Metri	Inspirazione	Espirazione	Inspirazione	Espirazione	Antero poster.	Trasversale		
1.	19	61	1,51	84	80	92	89	21,5	29	2200	50
2.	29	63	1,44	80	78	87	85	19	28,6	2200	50
3.	32	63	1,60	76	71	83	81	21	26 ½	2700	60
4.	15	61	1,50	80	77	77	72	21	28	1700	40
5.	27	63	1,64	79	77	82	78	20	26 ½	2400	50
6.	34	57	1,46	73	70	82	79	—	—	1300	30
7.	20	62,5	1,48	78	76	84	82	22	28	2300	50
8.	21	66,5	1,50	81	80	84	82	20	26 ½	2600	60
9.	22	49	1,44	74	71	74	72	—	—	2100	40
10.	38	81	1,61	88	85	93	90	—	—	2000	50
11.	29	64	1,47	80	77	87	83	21	27,5	2200	50
12.	32	66	1,46	80	76	86	83	21	26	1800	60
13.	18	51	1,44	76	73	75	70	—	—	1700	40
14.	23	63	1,47	79	77	86	83	—	—	1700	40
15.	23	62	1,49	83	81	87	84	21	28	2400	60

Quadro riassuntivo delle medie

delle varie misure prese sulla capacità toracica e polmonare e sulla pneumatometria sulle donne gravide e non gravide.

Tavola III.

Stato	Peso	Statura	Diametri toracici della				Diametro del torace al livello della punta dello sterno		Capacità polmonare	Forza pneumometrica
			Base		Apice					
	Chilogr.	Metri	Inspirazione	Espirazione	Inspirazione	Espirazione	Anteroposter.	Trasversale		
Non gravide	62	1,54	79,4	68,8	87,1	77,9	20,2	25	2564	54,8
Gravide	64,532	1,50	79,6	77	83,9	80,86	20,7	27,4	2087	48,6

Ecco ciò che si desume dalle varie tavole di cui sopra. La statura media era (1) di m. 1, 54, e nelle gravide di m. 1, 50, statura che collima perfettamente colla media da altri trovata nei nostri paesi. Il peso medio delle prime è di chilogr. 62, mentre nelle seconde sale a 64, 53. Il Gassner fissa a 6564 grammi la perdita che la donna ha nel parto, cui inoltre fa d'uopo aggiungere ancora la cifra di 1485 grammi per la perdita uterina che l' organismo subisce nell' involuzione puerperale. Si verrebbe così ad avere, secondo questo autore, un aumento in più nella gravidanza di grammi 8049. Nel nostro fatto in questione, questa cifra del Gassner presenterebbe un massimo e non una media. Primieramente in Germania il peso del corpo della donna è superiore di qualche cosa al nostro.

Infatti nelle sue osservazioni sulla relazione tra il peso della madre e quello del feto, il massimo in peso da lui portato è di 80 chilogr., il minimo era di 45. Inoltre, il peso del feto a termine variamente valutato dagli ostetrici secondo le regioni; mentre è fissato dai Tedeschi in genere da 3479 a 3250 (Hecher-Schroder), dagli Italiani è solo fissato da 3050 (Tibone) a 3150 chilogr. È ben vero che poca importanza al peso del feto si può dare per sottrarlo al peso della donna, stante che su 154 feti dal Cuzzi col peso valutati, la media che ne verrebbe sarebbe presso noi uguale a quella data dai Tedeschi (3351 grammi). Ma se noi pensiamo che in molte gravide questo stato era ottimestre, e ricordiamo l'aumento che in genere il feto e l'utero ancora patiscono nell'ultimo mese, ed invece di 8040, cifra data dal Gassner, diremo solo, per le gravide in questione 7000, andremo detraendolo dal peso generale del corpo, non molto lontani dalla cifra media di peso nelle donne (57, 530); cifra che è superiore di quella data in genere dal Quetelet, dai cui studii si dedurrebbe che il peso della donna dall'età di 18 a 40, varia in media da 51 a 55 chilogrammi.

(1) Nelle non gravide.

Venendo alle misure toraciche, basta gettare rapidamente un occhio su quei specchi, per tosto convincersi del poco che se ne può ricavare. Dalle cifre possiamo vedere che le parti superiori del torace nella donna gravida non si dilatano in proporzione nella non gravida con uguale ampiezza, ma la differenza di 3 cent. che appena si osserva è sì poca cosa che oso appena registrarla. Il dilatarsi poi della base nella gravida in modo maggiore nell'inspirazione che nella non gravida, è così poca cosa in sè stesso, che poco o nulla si può conchiudere circa l'influenza della gravidanza sulle funzioni respiratorie; la differenza che nell'espirazione nei due stati abbiamo (9 cent.) in più per la gravida, non conta molto; se dinota una perdita per l'inspirazione, essa è compensata in altro modo. Come il Dhorn, dalle misure mie si potrebbe conchiudere che la perdita leggiera all'apice è compensata in basso, in proporzione quasi equa, dall'allargamento che la base subisce.

Queste misure circolari poco mi persuasero. I punti erano mobili, cambiavano facilmente nelle varie donne a seconda della maggior mobilità delle coste, dello sviluppo scheletrico, dell'ipertrofia dei muscoli pettorali, dell'aumento del panicolo adiposo, per cui credei bene d'appurare le leggiere variazioni che subisce la cassa toracica pel fatto della funzione polmonare prendendo misure su punti più fissi e più certi. Seguii il consiglio datomi dall'egregio prof. Tibone, e col compasso di spessezza prendendo qual punto di repere l'appendice ensiforme in avanti pel diametro ant. post., e la 5.ª vertebra dorsale in dietro, la parte mediana verso la linea ascellare posteriore della costa corrispondente pel diametro trasverso; in alcune cercai nei due momenti della respirazione se vi erano differenze significanti: questi punti erano fissi, con condizioni anatomiche uguali sino ad un certo punto in tutte. Anche con queste misure constatai che il diametro trasverso era relativamente maggiore nella donna gravida che nella non gravida. Cioè che esso dà nella gravidanza innoltrata 1 cent. $^1/_2$ circa

in più della non gravida. Cosa che ritengo neppur per sogno capace di poter menomamente influenzare colla leggiera variazione che dimostra le relazioni tra gravidanza e respirazione.

Spiro e pneumatometria. — Premetto che la capacità polmonare in genere è ritenuta in relazione diretta colla statura. Varie condizioni lo possono pure far variare allo stato fisiologico, tra cui importanti l'età ed il sesso. Fabius, Vogel, Albers, Simon, Hutchinson, Arnold, Vierordt, fissarono nell'adulto di statura media la capacità polmonare da 3660 a 3770; così pure l'Oehl ed il Molescott, mentre ad eguali condizioni nella donna questa capacità scende ai 2500-2550. La relazione dell'altezza colla capacità sta in relazione dello sviluppo maggiore o minore dei polmoni. Cresce la capacità col crescere della circonferenza, di circa 150 cent. cubici ogni 2 cent. $^1/_2$ d'aumento. Come per l'uomo, così per la donna può dessa variare, secondo condizioni speciali, anche allo stato fisiologico; per cui è dovere dello sperimentatore di porsi facendo esperienze in analoghe condizioni per tutte.

E così m'ingegnai di fare. Onde evitare squilibri troppo sentiti, presi i miei soggetti d'uguale età, statura e sviluppo, condizioni che maggiormente influiscono sulla capacità polmonare. L'apparecchio di cui mi servii fu lo spirometro dell'Hutchison. La forza di pressione polmonare o pneumatometria o manometria dei polmoni, come la si voglia chiamare, varia da 70 a 100 mill. negli uomini sani ed adulti, essendo un po' minore nelle donne. Secondo Doders e Wallerdin, la forza d'espirazione pneumometrica non è minore di quella di inspirazione, il che potei io stesso constatare.

Alla spirometria, come dalla tavola riassuntiva delle medie si può vedere, troviamo circa 500 cent. cubici in meno nella capacità polmonare delle gravide, mentre che la forza pneumometrica sarebbe più notevolmente abbassata, segnando sei millimetri in meno nella colonna termometrica. Queste oscillazioni sono dovute in gran parte al modo di essere. Esse sono in parte fisiologiche. Come già scrissi, la statura ha

una influenza sulla capacità polmonare; basta gettare una occhiata sulle tavole in cui ho studiata la capacità polmonare in relazione colla statura, per subito vedere come parte di quella osservata in meno, anzi si può dire metà, si può molto bene porre a carico dei 4 cent. in media in meno della statura. Quel poco che ci rimane, anche quando lo si voglia porre a carico di quel po' di differenza in meno che risulta all'apice è sempre poca cosa, di cui nello studiare le cause genetiche che influenzano una serie di fatti che si sviluppano, non se ne può tenere conto. Vi ha inoltre la diminuzione che la cupola diaframmatica porta al cavo toracico colla spinta che riceve dal basso all'alto dal fondo che s'innalza, che può molto bene spiegar questa leggiera diminuzione di spazio e quindi della capacit.

Il fatto della min e forza pneumometrica va spiegato collo stato speciale di minor forza in cui si trova la donna gravida, ed i più limitati sforzi inspiratorii che può fare.

Pur troppo che al termine di questi miei brevi studii sperimentali debbo anch'io esclamare col lettore: *Nihil sub sole novi.* Si suppose, o si è sempre supposto, si scrisse e si scrive tuttodì, che le variazioni nell' organo del respiro osservate, vadino poste a carico in gran parte della diminuita capacità toracica per l' innalzarsi della cupola diaframmatica e leggiero impedimento ai lati. Ciò sta, ma in molta minor parte di quello che prima si credeva. Il torace delle donne incinte, come osserva lo Schroder seguendo le esperienze del Dhorn, è gli è vero meno profondo, ma questa diminuzione è in parte compensata dal leggiero aumento della base ai lati. Il fatto della pochissima diminuzione della capacità polmonare è lì pronto a mostrarci come quei tutti così illustrati fenomeni di vicinanza, di compressione, di riduzione di volume con cui si voleva con quattro parole spiegare l'influenza, oso dire fatale in molti casi che ha la gravidanza sulle affezioni polmonari, è dall'esperienza distrutta. Se è ostacolata per un fatto meccanico, lo è in modo così leggiero, che con questa leggerezza non po-

tremo per certo spiegare la gravezza che assumono i morbi polmonari in genere, l' edema, la tubercolosi, la polmonite lenta in specie. In un' altra serie di fatti va pure cercato il nesso genetico, l'x per noi tuttora dubbiosa.

Chimismo polmonare. — Si sa che l' esalazione dell' acido carbonico per la via polmonare può, secondo peculiari condizioni, variare nei singoli individui. Varia nello stato sano, varia nel patologico. Così nelle ore meridiane dopo il pasto, facendosi più celere lo scambio generale, noi la troviamo aumentare in relazione coll' aumento del polso, di calore e dell' urea che caratterizzano questa febbre fisiologica. Secondo Molescott, Schmidt, Becher, Vierordt e della generalità dei fisiologi, il moto, l'età, il sesso, sono pure condizioni che variamente la influenzano. Così l'esalazione polmonare dell'acido carbonico aumenterebbe nell'uomo sino a 30 anni, mentre che nella femmina quest'aumento si farebbe solo fino alla pubertà. Stabilitasi la mestruazione, l'esalazione gassosa carbonica diminuirebbe per riprendere di nuovo la linea d'ascensione nella menopausa. Se le mestruazioni ritardano, se si sospendono per qualche causa, aumenta di nuovo l' esalazione carbonica. Alla età di 32 anni una donna non gravida perde in peso nell' espirazione in un'ora 22, 7 di gas acido carbonico, in cui stan contenuti 6, 2 di carbonio, mentre a 32 anni una donna gravida al quinto mese perde in media già 29, 7 di acido carbonico, cui corrispondono 8, 1 di carbonio. L' esalazione nella gravidanza a termine si porta per l'acido carbonico circa sino a 30-31 in peso, come risulta dalle esperienze istituite da Andral e Gavarret.

Quest' aumento di passaggio d'un gas deleterico alla vita dei tessuti, accumulato in superficie diminuita in condizioni diminuite di resistenza in cui si trova la donna gravida, non potrà certamente predisporre la trama polmonare a maggiore stato di vita; quindi se per sè stesso non può essere agente di distruzione, in compagnia di altri può pure portare il suo coefficiente di alterazione. E che così succeda, lo dinota un

fatto fisiologico costante. L'alterazione, il rapido deperimento che fanno alcune delle malattie polmonari, lo scoppiare di queste medesime malattie, talora malattie di manco di resistenza tonica dei tessuti, non succede già quando l'utero sviluppato può dar luogo nella mente del patologo a variazioni nell'ambiente polmonare d'ordine meccanico; ma prima, cioè al 5.º mese, epoca in cui i fenomeni d'esalazione carbonica sono già dall'organismo sentiti. Mi si potrebbe tosto obbiettare che nell'uomo sano ed adulto questo passaggio è maggiore senza guaio veruno; ma in questo caso lo scambio degli altri gas è pure molto più attivo, più rapido, più esteso, e, come già dissi, non esistono per nulla nell'organismo le cause debilitanti proprie della gravidanza.

Infatti in questi casi, ad un aumento adeguato di acido carbonico risponde pure un aumento di ossigeno, per cui rimane stabilito l'equilibrio respiratore. Succede così nella gravidanza? Basta gettare l'occhio sulle tavole riassuntive del modo di comportarsi istologico del circolo, per tosto osservare che precisamente in quell'epoca osserviamo nel sangue la diminuzione dei corpuscoli rossi, che, come si sa, sono i veicoli naturali dell'ossigeno; per cui lo scambio ultimo dei tessuti rimane diminuito: ed oltre ciò bisogna ancor notare che il feto abbisogna di parte dell'ossigeno per la sua vita. Ed all'aumento di gas acido carbonico, aumento che si tradisce per maggiore esalazione polmonare, non corrisponde un aumento riparatore d'ossigeno; ed ecco quindi creata una circostanza, come già dissi, abbastanza seria alla tendenza al disfacimento dei nostri tessuti. Ed è in parte per quest'azione, che noi vediamo rapidamente deteriorare le affezioni lente polmonari d'origine debilitante (tubercolosi, polmoniti lente), ed aumentare i fenomeni d'intossicazione carbonica nei processi acuti (polmoniti genuine e negli estesi edemi polmonari). Oltre che questo stato di minor resistenza nei tessuti, di tendenza ai fatti congestizii, porta naturalmente seco la possibilità degli stravasi sanguigni endo od extra viscerali.

Io dico e lo ripeto, l'azione chimica da sola nelle proporzioni in cui agisce nella gravidanza, non potrebbe condurre l'organismo a questo punto, ma non è una causa genetica per certo ultima nella produzione dei fenomeni che studiamo. Fisiologicamente si tradisce quest'ipercarbonizzazione colle cianosi frequenti che si osservano, coll'inerzia intellettuale, coll'apatia morale e fisica che molto bene dimostra essere l'organismo in preda di un agente deleterico al suo rigoglioso sviluppo. Questi fenomeni potrebbero ancora attribuirsi al difetto di ossigeno per anemia, e non all'aumento di acido carbonico almeno in parte.

Vi fu chi volle porre a carico di particolari sbilanci del circolo i varii fenomeni che in genere la gravidanza crea all'organismo. Così il De-Cristoforis, nella Memoria già prima citata, prendendo per punto di partenza la compressione che l'utero gravido esercita sui grossi vasi, riferì agli effetti che da questa compressione entravano in scena, alla stasi, i fenomeni fisio-patologici gravidici. Per la compressione della vena cava ascendente, stasi venosa inferiore, che provocava quindi nelle estremità inferiori gli edemi gravidici, la turgescenza delle vene. Il comprimere poi che l'utero faceva sull'aorta a livello della biforcazione sua, quando era salito già nel grande bacino, delle iliache nel piccolo scavo, nel circolo superiore una stasi arteriosa, che iperemizzando in modo insolito ne alterava le funzioni fisiologiche, mentre predisponeva poi, in ispecie il vascolarissimo tessuto polmonare, a speciali malattie (fatti congestivi, edemi), mentre turbava il decorso di malattie già preesistenti. Questa spiegazione sta in parte per gli ultimi mesi della gravidanza, come il De-Cristoforis l'ha posta. Ma l'utero giunge solo a far sentire i suoi effetti di compressione allorchè il suo fondo oltremodo sviluppato si piega nella posizione dorsale della donna e comprime i vasi sottostanti. Può giungere col suo livello ed in parte oltrepassare i livelli dell'aorta senza comprimerli, tenuto in avanti dalla sporgenza che fa il promontorio. Riguardo ai vasi iliaci arteriosi

quando potrebbe comprimerli, è quando è sviluppato di molto; or bene, allora il suo apice segue il moto d'elevazione del fondo. Gli effetti della compressione aortica inoltre sono in parte attenuati e dalla posizione che la gravida ha per molte ore nella vita ordinaria, l'orizzontale, ed inoltre dalla forma stessa della colonna vertebrale, *a dorso d'asino*, come poco poeticamente la chiamò recentemente il Tarnier, per cui l' utero rimane obbligato a scivolare ai lati, più facilmente verso destra, portando così i suoi fenomeni compressori specialmente sulla vena cava.

A provare che la compressione arteriosa non è molta cosa, sta il fatto dell'aumentata tensione arteriosa nella gravidanza. Come potrebbesi porre in relazione una maggiore espansione del sangue nelle arterie anche inferiori, con un impedimento al circolo della natura d'una compressione diretta del peso e volume dell' utero a termine? Infatti in tutte le malattie del cuore, tolta l'insufficienza aortica, in cui per la diminuita sua tensione pel fatto dell' insufficienza, l' arteria pare si lasci distendere da più larga onda di sangue, nelle altre, come già dissi, il polso si trova piccolo. Prendiamo la stenosi aortica, che sino ad un certo punto potrebbe paragonarsi allo stato in cui si trova l'aorta discendente ed il cuore. In amendue i casi abbiamo: ipertrofia cardiaca, che nei restringimenti aortici prende il suo massimo d' estensione nel ventricolo sinistro, ed un restringimento nel lume della massima arteria. Solo che nel primo caso è all'origine là dove la forza d'impulso dell'organo impellente è massima, mentre nella gravidanza, quando l'utero comprimesse direttamente l'aorta, sarebbe più lungi dove parte della forza andrebbe perduta. Or bene, perchè gli esiti non sono uguali? Perchè mentre in uno sbilancio idraulico è mostrato dal minor liquido che arriva all' estremità del canale, dal polso piccolo nella malattia cardiaca, nell'altro questa tensione solo si mantiene normale od aumenta? Non so se esperienze o studii speciali abbiano dimostrato che esiste una differenza tra la tensione arteriosa inferiore e la superiore; —

unico fatto che potrebbe spiegare il fenomeno di compressione. Se ci ha da essere stasi superiore, bisogna che ci sia una causa che la produca. Questa causa dovrebbe essere d'origine meccanica ed impedire il passaggio alla parte inferiore dell' onda sanguigna aortica. Ma se vi ha stasi, vi ha compressione e deve essere diminuito il passaggio quantitativo del sangue. Ed allora come spiegare l' immensa quantità di sangue che va ad una provincia nuova, all' utero gravido, senza produrre accidente veruno di denutrizione nelle parti sottostanti. Lo dico e lo ripeto, non ho mai potuto osservare diminuzione nella tensione arteriosa inferiore; esistono invece fatti che la dimostrano aumentata, come il polso vaginale di Osiander; quindi l'onda venendo in modo sciolto, libero, dimostra che gli ostacoli che incontra o sono pochi fenomeni di compressione in legger grado, oppure la forza impellente è aumentata e vince facilmente l'ostacolo; quindi stasi vera, stasi al punto d'impedire in parte il circolo superiore, l'anatomia non può ammettere.

Per parte mia se alcuna parte credo si debba dare all' insorgere dei vari fenomeni, lo credo solo possibile negli ultimi mesi, come il De-Cristoforis, ma non al punto dell'egregio autore. Infatti, vi ha ancora un'altra considerazione clinica che svilupperò ulteriormente: cioè, alcune delle malattie polmonari di natura debilitante sorgono allorquando i fenomeni di compressione sono ancora nulli. Così la tisi, così la tubercolosi polmonare.

(Continua).

Casuistica ostetrica

UN CASO DI CEFALOTRISSIA

COL CEFALOTRIBO FINESTRATO DI LOLLINI

PER IL

DOTT. ARNALDO LONGHENA

Medico assistente nel R. Istituto ostetrico di Parma

Alle 9 pom. del 31 gennajo 1878 fui chiamato in Via del Quartiere presso una donna in travaglio di parto. Era una sarta, d'abito leggermente rachitico, e strumoso, di costituzione gracile, con leggera gibbosità interna delle tibie e insellatura lombare. Non ebbe mai a soffrire malattie di rilievo, all'infuori di alcune febbri intermittenti curate col chinino e coi purgativi. Pubere a 14 anni, l'andamento delle lune fu irregolare, essendosi avverata una sospensione di quattro mesi dovuta, al dire della donna, a freddo preso durante un bagno ed a sudore represso. Una 2.ª sospensione mestruale di 7 mesi, della quale ignora la causa. Ambedue furono curate coi ricostituenti e coi pediluvi. Ebbe tre gravidanze: la 1.ª a 22 anni terminata con parto operativo. Dalla narrazione della donna e della levatrice si comprese che il travaglio durò circa 4 giorni. Rottosi il sacco amniotico, le contrazioni continuando regolari ma il parto non compiendosi, la levatrice mandò per un medico, il quale accorso, ritenendo dovuta la distocia a mancato moto di rotazione interna della testa, applicò la leva, lasciando poi il parto alle forze della natura. Questo al mattino. Alla sera la donna era nelle stesse condizioni. Contrazioni sempre regolari, ma nessun progresso nel parto. Ritornò allora il curante,

che verificata l'impotenza della natura, la debolezza del battito cardiaco fetale e lo spossamento della partoriente, applicò il forcipe, estraendo con difficoltà un feto di sesso maschile, morto in travaglio. Nel puerperio la donna sofferse forti dolori all'epigastrio. A questa gravidanza tenne dietro un aborto di due mesi e mezzo, con metrorragia grave per 7 giorni, susseguita nel puerperio da forti dolori uterini, ma sì in un caso che nell'altro la puerpera guarì in poco tempo. Rimasta incinta la 3.ª volta, nel corso della gravidanza godette buona salute. Do sul travaglio del parto di questa gravidanza notizie più dettagliate perchè venne da me presenziato. Il travaglio si determinò alle 10 ant. del 31 gennajo e continuò regolare fino alle 8 di sera quando, a dilatazione completa, rompendosi il sacco amniotico con esito di acque abbondanti, si sospesero completamente le contrazioni. La levatrice osservando tale cessazione di travaglio che, dopo un'attesa di più che un'ora non riprese nè punto nè poco, mandò a domandarmi. Giunto presso la partoriente ed esaminatala, non riscontrai alcun segno che potesse far credere ad emergenze gravi. All' esplorazione riscontrai la presentazione cefalica complicata da un arto situato a destra ed allo innanzi e che, dietro ripetuti tentativi, non potei bene precisare se toracico o addominale. Senza por tempo in mezzo, mandai a chiamare il prof. Calderini. Appena giunto ed ascoltata quel po' di anamnesi che gli fornii, esaminò a sua volta la donna. La pelvimetria indicò il diametro sacro pubico interno da 72 76 mm., il battito cardiaco fetale lento, ma regolare nel quadrante inferiore sinistro. Benessere nella partoriente, scolo di acqua chiara, nessuna contrazione. Ammessa l'impossibilità di parto spontaneo per riguardo anche al parto antecedente, lungo, difficile, strumentale e fatale al feto, si discusse sul da farsi. Il rivolgimento era conveniente, tanto più se si fosse potuto diagnosticare che l'arto complicante la presentazione era un piede; ma lo si respinse avuto riguardo ai diametri della testa fetale a termine e per l' impossibilità di estrarre un feto vivo, colla accennata ristrettezza della conju-

gata. Per gli stessi motivi non si accolse l'applicazione di forcipe, quantunque entrambi tali atti operativi sarebbero stati possibili dal punto di vista meccanico. Perciò si fece presente alla donna come l'unico mezzo sicuro per avere un feto vivo nel caso speciale sarebbe stata la gastro-isterotomia; ma questa la respinse anche dopo espostile i pericoli cui si esponeva senza pro del feto nei lunghi tentativi di estrazione col rivolgimento o col forcipe, tenuto conto dell'insegnamento fornito dal primo parto. Fu convenuto allora di attendere ancora un poco e di operare sul feto nel seguente mattino, se la natura si mostrasse impotente. La gestante passò una notte tranquillissima. Al mattino del 1.° febbraio, previa siringazione della donna che aveva avuto beneficio di corpo, si riscontrarono esplorando le stesse condizioni della sera antecedente: orli dell'orificio uterino spessi, ma cedevoli. La vita del feto perdurava. Fu disposta ogni cosa per la liberazione, e ottenuta colla cloroformizzazione l'anestesia, fatta esternamente fissare la testa del feto da un assistente, previo battesimo per injezione, non senza difficoltà e ripetuti tentativi per la mobilità della testa fetale, che spesso e facilmente sfuggiva alla punta del cefalotomo Blot, si giunse ad infiggerlo nella fontanella bregmatica. Con una injezione di acqua nella cavità del cranio si ottenne la fuoruscita della polpa cerebrale, indi si applicò il cefalotribo Lollini sulla testa mobile allo stretto superiore. L'applicazione e l'articolazione dello strumento furono alquanto difficili. Le trazioni durarono dai 20 a 25 minuti, senza che lo strumento lasciasse la presa. Durante l'estrazione fuvvi procidenza della parete vaginale anteriore che si sostenne con due dita. Il bambino estratto era maschio a termine, ben conformato, del peso di 3200 grm. senza cervello. Le branche del cefalotribo caddero su di un diametro obliquo della testa, dalla bozza parieto-occipitale destra alla frontale sinistra. Alla sezione si trovò la base del cranio rotta in corrispondenza della volta sopraorbitale destra e della piccola ala dello sfenoide. A sinistra disgiunta la volta stessa dall'ala corrispondente dello sfenoide, rotta in traverso la sella

turcica, e smossa la rocca petrosa sinistra. Le maggiori offese della volta s'incontrarono sulle regioni temporali. Parte della polpa cerebrale che non ebbe esito, giacchè l' orlo anteriore della branca destra del cefalotribo chiudeva la fatta apertura, si raccolse nella metà posteriore del cranio, dove costituì un tumore che ostacolò alquanto l' estrazione e produsse lacerazione del labbro uterino anteriore ancora grosso. Secondamento naturale con placenta intiera e sana; segale per prevenire emorragie *post partum.*

L'atto operativo abbastanza lungo e malagevole non lasciò alcun ricordo di sè in quel debole organismo. Il puerperio fu dei più normali, e la donna era completamente ristabilita in 8.ª giornata. Davanti ad una possibile gravidanza si lasciò la donna avvertendola come, se ciò avvenisse, richiedesse per tempo l' opera dell' ostetricante, fissando la provocazione del parto prematuro a 34, 36 settimane.

Non andò a lungo che la donna fu di nuovo incinta, riferendo d' esservi rimasta ai 27 maggio 1878. Ebbe l'ultima mestruazione scarsa ai 14 aprile. Venne allora nell'Istituto praticata dal signor professore, me presente, una visita, e si ebbero i seguenti risultati: Gravidanza uterina semplice, conjugata vera 76 mm., fra le spine ant. superiori 25, fra le creste 23, bitrocanterico 31, sacro pubico esterno 16, labbro anteriore del collo uterino ipertrofico con forte incisura a sinistra, mammelle secernenti. La provocazione del parto venne fermata per il 20 dicembre, nè più si rivide la gestante; quando la sera del 30 novembre 1878 venni da questa chiamato, dichiarandosi il travaglio. Trovai infatti esservi scarsa perdita d'acque da 9 ore, senza che si fossero praticati maneggi di sorta. Orificio uterino posteriore trasversale. Un centimetro circa di collo e di dilatazione. Duro, grosso il labbro anteriore. Nessuna contrazione. Battito cardiaco del feto regolare nel quadrante inferiore destro. Moti attivi avvertiti dalla madre. Lasciai allora la donna, raccomandandole mi mandasse subito a chiamare appena insorgessero contrazioni

uterine alquanto valide. Il 2 dicembre alle 9 pom. il travaglio era spiegato. A questo punto della storia devo pur dire apertamente come, anche per saggio consiglio datomi dall'onorevole prof. Calderini, tentai subito il rivolgimento colla mano destra; ma dopo d'aver ripetuti i tentativi per ben quattro volte anche col metodo bipolare dovetti desistere, perchè impossibile. La testa era già fissa, nè io potei respingerla, le contrazioni uterine si erano fatte frequentissime quasi continue, la donna era oltremodo inquieta, e la mia mano non potè penetrare nel cavo uterino. In tale emergenza ed anche per volere della partoriente ricorsi al cloroformio; ma poco o nessun vantaggio potei avere da questo perchè, non avendo meco un collega cui affidarne l'amministrazione, non potei spingere l'anestesia fino al punto che avrei desiderato. Sopraggiunse allora una non grave, ma continua perdita di sangue dai genitali; per il che io, temendo per la vita del feto, ricorsi all'applicazione del forcipe. Questa non tornò facile, come pure l'estrazione, per la posizione trasversale della testa riuscendo alquanto obliqua, coll'articolazione dello strumento volta verso la coscia destra della madre. La branca destra cadde sulla gobba parietale destra del feto, la sinistra sulla regione temporo-parietale sinistra, comprendendo nel vano della cucchiaia l'orecchio omonimo. Il bambino estratto era un maschio sano del peso di 1965 gram., lungo 45 cent., ben conformato, ma morto in travaglio. Aveva due giri di cordone molto serrati sul terzo superiore delle braccia, che tenevano queste avvicinate e parallele al torace (1). Secondamento naturale con placenta a volano, piccola, ad inserzione marginale del cordone. La donna ebbe un puerperio normale, disturbato solo in seconda e terza giornata da morsi uterini, ed in decima era perfettamente ristabilita.

(1) Per motivi da me indipendenti non mi fu dato praticare, giusta il mio desiderio, l'autopsia del bambino.

Non è del caso che io intrattenga più oltre i colleghi sui motivi che guidarono al primo degli atti operativi praticati sulla donna in discorso, avendoli già accennati nella storia. Dirò solo come il cefalotribo del nostro Lollini fu di validissima efficacia al certo superiore a quella del forcipe Guyon. Certo che fu spiacevole cosa quella della chiusura operata dalla branca destra del cefalotribo sulla ferita fatta dal cefalotomo nel cranio fetale, per l'arresto in esso avvenuto di parte del cervello, tanto che il diametro bitemporale del feto, misurata la testa fra le cucchiaia dello strumento, era di 6 cent., di 6 $^1/_2$ il bimastoideo; ma pure, come già dissi, la presa era potente e la porzione di testa stretta dalle cucchiaia, misurava 4 cent. in senso trasverso.

Piuttostochè su questo io mi concedo spendere poche parole sul fatto di parto prematuro e d'applicazione di forcipe nello stesso soggetto. Leggendo la storia e molto più dopo che avrò detto come il diametro biparietale del feto estratto era di cent. 7 $^1/_4$, il bimastoideo di 6, il bimalare di 6, la circonferenza sotto-occipito bregmatica di 28, si comprenderà come era esatta l' indicazione di parto prematuro artificiale, e come esso sarebbe stato possibile, facendo il rivolgimento come atto complementare. La natura stessa favorì l'arte, determinando il parto 20 giorni prima dello stabilito. Io per dovere e per godere poi di un'intima e cara soddisfazione morale davanti al contento di una madre, che vivamente desiderava un figlio dopo tre gravidanze perdute, cercai compiere il rivolgimento (come più adatto che nel parto precedente a termine per avere un feto vivo) servendomi anche delle dita, come rozzo dilatatore; ma le circostanze già da me accennate, mi impedirono ogni atto, e credo che nessuno avrebbe voluto, nel caso mio, insistere più oltre. Giusta il calcolo indicato dal Barnes (1), ammesso il principio della gravidanza al 15 aprile 1878, il parto a termine sarebbe avvenuto il 25 gennaio 1879. Si

(1) Barnes. Leçons sur les operations obstetricales, pag. 356.

ebbero qui un mese e 23 giorni di vantaggio, con un feto di 33 settimane. A convalidare la giustezza della indicazione nel caso nostro, accenno all'egregio prof. Chiara che nella sua Dissertazione di Laurea (1), giusta i calcoli dello Stoltz, il quale pone il diametro biparietale del feto dalla 32ª alla 33ª settimana di 7 cent., con riducibilità di 5 mm., raffronta questo colla ristrettezza pelvica da 6 $^1/_2$ cent. ad 8, il campo nel quale è compresa quella di cui tratta, indicando il parto dalla 33ª alla 35ª settimana. Joulin al contrario (2), ad 8 mesi ed una settimana di gravidanza, indica il diametro biparietale del feto di 8 cent. circa; e ponendo la ristrettezza pelvica dai 70 agli 80 mm., fissa il parto prematuro da 7 mesi e mezzo agli 8.

Il forcipe è bensì vero che nelle stenosi pelviche è talvolta fatale al feto; ma non posso ammetterlo, come si vorrebbe da alcuni ostetrici, quale strumento ad esso micidiale. Il Barnes (3), per l'identica viziatura da me indicata in parto settimestre, pone come indicazione l'applicazione del forcipe, dicendo più avanti a pag. 74, come: se le acque sono colate e la testa sia fissa allo stretto superiore, il forcipe è indicato. Joulin poi dopo aver parlato nella sua Memoria: Del forcipe e della versione nei casi di restringimenti pelvici (4), dell'ipotesi di Burton, delle opinioni e delle statistiche di Madame Lachapelle, della Memoria di Simpson, conchiude col dire, forse troppo esclusivamente, che nei casi di viziature pelviche sarà da preferirsi il forcipe alla versione, qualora si possa applicarlo, eccetto nel caso di bacino obliquo. Tutto questo mi permisi scrivere per poi dire come nel caso da me citato, se impreveduti accidenti non fossero venuti a complicare ed impedire l'atto operativo, la versione sarebbe stata da compiersi, perchè non grave nè difficile; e mel provarono le esperienze

(1) Chiara. Dissertazione sul parto prematuro artificiale, pag. 8.
(2) Joulin. Traité complet d'accouchements, pag. 1105.
(3) Barnes. Op. cit., pag. 70.
(4) Joulin. Op. cit., pag. 1047 e seg.

da me fatte col bambino della stessa donna, sul bacino montato coi varii gradi di ristrettezze, che serve per le esercitazioni pratiche cogli studenti in questo Istituto Ostetrico: — come nel tempo stesso la compiuta applicazione di forcipe, non era affatto controindicata nel caso; e come io difficilmente so adattarmi a credere che la morte del feto sia avvenuta per l'indicato atto operativo. Potrei accennare, come possibili cause di morte dello stesso, alla forza e alla frequenza delle contrazioni uterine su di un feto immaturo; ad acque in parte colate; a possibile distacco parziale della placenta dietro la perdita di sangue, da me accennata, dai genitali della donna; come pure ai due giri di cordone attorno alle braccia molto serrati, i quali avrebbero potuto ostacolare la respirazione del bambino; ma a tali miei pensamenti, io lo ripeto, accenno soltanto, lasciandone la soluzione più veritiera all'apprezzamento di Ostetrici di me più provetti e colti.

Riepilogo col dire: In tre gravidanze, la donna ebbe tre parti strumentali. Il primo colla leva e col forcipe, feto morto, puerperio morboso; il secondo colla cefalotomia e cefalotrissia; il terzo col parto prematuro spontaneo, applicazione di forcipe, feto morto; puerperii normali in ambo questi ultimi casi. La delicata questione della mutilazione del feto vivente, fatta senza precedenza di tentativi di forcipe e di rivolgimento, è risolta nel caso concreto in favore dell'intervento usato. Mancando però l'insegnamento di parti antecedenti, o nel dubbio sul risultato della pelvimetria, o sul calcolo del periodo della gravidanza, resta sempre come buon consiglio, quello di tentare i mezzi incruenti, prima di avvenire alla mutilazione del feto.

Nel caso speciale di cui trattai, i due mezzi suaccennati trovarono opportuna circostanza di applicazione nella terza gravidanza e nel parto prematuro artificiale.

Parma, 12 *marzo* 1879.

Letteratura Straniera

LA SIFILIDE NEL MATRIMONIO

LEZIONI

DEL

DOTT. FOURNIÈR

Medico à l'hopital S. Louis di Parigi

Lezione prima.

Signori. — Qualche volta nella vostra pratica un cliente conosciuto o no, vi affronterà dicendovi che gli si è presentata un'occasione di matrimonio, ma che avendo avuto qualche disgrazia in gioventù ed avendo presa la sifilide qualche anno prima, desidera sapere s'egli è guarito e se può impegnarsi per il matrimonio.

Non bisogna illudersi sul valore della risposta che voi farete a sifatta questione.

Voi assumete una grandissima risponsabilità poichè vi sono pochi problemi medici la cui soluzione sia così difficile e tanto grave.

Se da una parte voi impedite il matrimonio ad un uomo che vi sarebbe adatto, voi respingete lontano della vita regolare un uomo che non desidera che di entrarvi; il vostro divieto medico può infrangere il suo avvenire e la sua felicità. Se d'altra parte voi autorizzate, per errore, al matrimonio un uomo che non è guarito della sifilide, voi vedete chiaramente a qual

(1) Gazette des Hopitaux, N. 2 e 5 del 1879.

disastro esponete, non soltanto quell'uomo, ma la sposa alla quale egli apporta il germe sifilitico qual regalo di nozze, non che tutta la famiglia che potrebbe venire da questa unione.

Ho assistito molto spesso a questi drammi di famiglia e vi posso assicurare che non vi è nulla di più atroce della posizione di quest'uomo, non solamente di fronte ad una sposa che piange e perdona facilmente, ma di fronte alla sua nuova famiglia che non perdona, e di fronte a una nutrice che contaminata, recrimina, fa scandalo e divulga. Cerchiamo adunque di sciogliere questo problema terribile « la sifilide nel matrimonio ».

Fin da principio una prima questione ci si presenta:

La sifilide è dessa un ostacolo assoluto al matrimonio? Quando si ha il germe si dovrebbe restare nubili: ecco ciò che voi sentite dire tutti i giorni fra le persone e particolarmente da alcuni medici. Io potrei citarvi due o tre onorevoli colleghi che riunendo la pratica al precetto hanno pagato di persona rinunciando al matrimonio. Uno d'essi che gode un'alta riputazione non ha mai voluto lasciarsi da me convincere e mi risponde sempre:

Quando si ha la sifilide bisogna tenersela per sè.

A tale professione di lealtà, espressione di sentimenti esagerati di delicatezza di un nobile cuore, io rispondo: quando si ha la sifilide la si guarisce e poi si ha diritto d'aspirare a farsi una famiglia.

La sifilide non è un ostacolo insuperabile, una interdizione assoluta al matrimonio. L'osservazione d'ogni giorno ce ne mostra esempi incontestabili: noi incontriamo tutti i giorni individui che abbiamo veduto ammalati di sifilide e che si sono maritati: essi non hanno assolutamente trasmesso nulla alle loro mogli, ed hanno fanciulli che nel rispetto di florida salute nulla lasciano a desiderare.

Le prove di queste verità sono innumerevoli, e qualunque medico che abbia esercitato per qualche anno può citarne qualche esempio.

Per mio conto ne ho trovato cinquant'una osservazioni scritte e compiute oltre quelle che le mie rimembranze mi forniscono.

Questi cinquant'un mariti sifilitici hanno avuto tra tutti ottantadue fanciulli, e tutti sani.

Mi viene per azzardo al pensiero l'esempio di uno di questi mariti che ha quattro bambini, d'un altro che ne ha cinque; medico delle loro famiglie da molto tempo io non ho mai osservato la minima traccia di sifilide, sia nelle loro mogli, che nei loro bambini ch' io vedo regolarmente. Concludo dunque dicendovi con una convinzione fortificata dalle osservazioni:

Sì, cento volte sì, è permesso maritarsi dopo aver avuto la sifilide; ma il matrimonio non vuol essere contratto che a certe condizioni, cui si tratta ora di stabilire.

Quali sono i pericoli che un uomo apporta nel matrimonio?

Un uomo che ha la sifilide non estinta e che si marita è pericoloso come marito, come padre, come capo della comunità.

A. Egli è pericoloso come marito per le lesioni a cui espone sua moglie

1.° per il contagio semplice, comune, volgare per il quale egli può trasmettere gli accidenti sifilitici nelle mille relazioni intime della vita conjugale: eccone un esempio.

Un giovinotto della migliore società che si era ammogliato malgrado il mio avviso, portava alla bocca una forma sifilitica che veniva confusa colle ulcerazioni dovute all'abuso della *sigarette.* Tre mesi dopo il suo matrimonio la sua giovane sposa era attaccata da un'ulcera labbiale indurita, origine d'una sifilide persistente tuttora.

Gli esempi di questo genere sono frequentissimi fra i giovani sposi; si comprende facilmente: prima in ragione dell'energica natura contagiosa delle manifestazioni secondarie, e poi in causa degli innumerevoli rapporti di contatto d'ogni genere propri della vita domestica.

Sarebbe veramente eccezionale vedere una giovane sposa convivere per più mesi con un marito sifilitico, senza contrarre

la sifilide; come ben disse un autore di spirito « la sifilide si divide fra gli sposi come il pane quotidiano »;

2.° per contagio placentale o per il concepimento.

Una giovane che ha sposato un uomo in potenza di sifilide, dopo qualche mese di matrimonio ci fa chiamare presso di sè perchè presenta accidenti strani ed insoliti. Le si trova manifesta la sifilide, cioè: placche mucose alla bocca, adenopatia, alopecia, ecc.

Se si cerca l'origine di questi accidenti, non si trova traccia di ulcera d'origine, nè di bubone compagno fedele dell'ulcera; non si trovano che manifestazioni secondarie non precedute da fenomeni primari: d'altro lato se prendendo da parte il marito, si interroga, e gli si domanda s' egli non ha osservato qualche piccola abrasione, egli protesta energicamente, ed afferma che non ha avuto nulla, ch'egli si è osservato attentamente prima e dopo ciascun rapporto, ecc. In fatto egli ha ragione: la donna ha potuto diventar sifilitica nei rapporti con quest'uomo esternamente sano; questo fatto in apparenza paradossale, è stato osservato troppo frequentemente perchè si osi metterlo in dubbio; esso si produce con un' insistenza significante che veramente impone.

Questo contagio misterioso si spiega col fatto che la donna è incinta. In questi casi voi troverete sempre che la donna ha avuto una gravidanza o che ha abortito poco tempo dopo. Gli è che la madre ha preso la sifilide dal suo bambino e non dal marito. Il contagio s'è fatto per scambio placentale; gli è un fatto questo ai nostri tempi assolutamente dimostrato.

Riassumendo: un marito sifilitico può diventare pericoloso per la moglie: 1.° direttamente, colla trasmissione di manifestazioni sifilitiche; 2.° indirettamente col suo potere fecondante, procreando un figlio sifilitico che darà la sifilide alla madre.

B. Un uomo affetto da sifilide, non estinta, è pericoloso come padre pei suoi figli.

Fino ad un'epoca poco lontana da noi, l'eredità sifilitica era ritenuta come fatale, ma la questione ha cambiato aspetto; in

Germania particolarmente si tentò di limitare l'influenza di questa eredità paterna. La sifilide del padre sarebbe raramente ereditaria per certi autori, essa non lo sarebbe mai per qualcun altro; si è scritto che « l'influenza paterna sotto questo » punto di vista è nulla e che il figlio d'un uomo sifilitico è » sano ».

Dottrina siffatta pecca d'esagerazione e contiene errori enormi che nel rispetto sociale importa combattere energicamente. Io tengo per fatto inconcusso che un padre sifilitico è pericoloso pei suoi figli; ma ammetto che l'eredità sifilitica proveniente dal padre solo, la madre rimanendo immune, è molto meno rigorosa di quanto si suole ammettere. Se il padre è sifilitico e la madre è sana, il bambino, se nasce vivo, ha tutte le probabilità di non essere sifilitico.

Fatta questa concessione ai partitanti della dottrina che io combatto, proclamo i resultati dell'osservazione, e dico che non è vero che l'influenza paterna non si trasmetta mai al feto. Se l'eredità paterna è rara e ristretta, essa si manifesta pur qualche volta. Padri sifilitici, la madre restando sana, procrearono figli sifilitici. Ricord, Trousseau, Diday, Liégeois, ecc., ecc., quasi tutti ne hanno pubblicato esempi incontestabili. Questa d'altronde non è che un piccolissimo lato della questione. Essa diventa più grave per le considerazioni seguenti: la morte del feto nell'utero è un fatto frequentissimo nel caso che ci occupa. Il figlio d'un padre sifilitico che muore nel seno della madre, è espulso per mezzo d'un parto prematuro o per mezzo d'un aborto.

Una donna, divenuta incinta, abortisce una volta, due, tre volte di seguito successivamente, senza che assolutamente si possa trovare alcuna altra causa che la sifilide del padre.

E ciò che è ancora più provante, è la controprova; il padre si cura, e le gravidanze seguenti vanno tutte a termine ed i fanciulli nascono vivi ed anche sani.

Ho osservato questo fatto un grandissimo numero di volte. Eccovi un esempio fra molti altri: Un giorno incontro per com-

binazione un vecchio amico, che non aveva più visto da molto tempo: egli mi racconta la sua vita e i suoi dolori. Sua moglie, sebbene regolarmente conformata e robustissima, aveva avuto successivamente quattro gravidanze andate a male. Mi ricordai allora che il mio amico aveva avuto un tempo la sifilide ch'egli non aveva curato con un'attenzione esemplare: io lo consigliai di fare una cura regolare della sua sifilide che non credeva guarita.

Benchè dato all'aria aperta, in mezzo alla via, questo consiglio fu seguito, e quindici mesi dopo io seppi della nascita d'un bel bambino che ora ha dieci anni, e gode d'un'eccellente salute. Altre due gravidanze successive si terminarono ugualmente felici.

Riassumendo, dirò; tutte le volte che noi ci troveremo di fronte ad una serie di aborti successivi avvenuti senza causa conosciuta in una donna sana e ben conformata, dovremo spesso pensare ch'essi non riconoscono altra causa che la sifilide del padre che ha ucciso suo figlio nel seno medesimo della madre.

Un altro punto principale è altresì che un padre sifilitico è pericoloso per i suoi figli in qualità di sposo della loro madre; infatti egli può trasmettere la sua malattia alla moglie, ed allora il padre e la madre essendo sifilitici, quale sarà la sorte dei figli? Per un figlio nato da padre e da madre sifilitici non si presentano che tre alternative: 1.° o morirà prima della nascita, ed è sicuramente quello che potrà arrivargli di meglio; 2.° o nascerà a termine, ma colpito dalla sifilide; 3.° o sopravviverà con una salute compromessa ed esposta a tutte le alternative di malattie.

a) Per il primo caso, morto in utero, l'esperienza è fatta, acquisita: la maggioranza dei fatti testimoniano sufficientemente di questa verità. Tutte le osservazioni concordano al punto da sembrare stereotipate sullo stesso tipo. L'influenza perniciosa si continua anche sulle gravidanze seguenti: se ne vedono serie di quattro, sei, sette, terminantisi sempre nello stesso modo. Ho visto a Lourcine, una donna che maritata a 19 anni, era vi-

gorosa ed aveva avuto 3 gravidanze felicissime: suo marito in un'avventura extra-coniugale prese la sifilide e la comunicò alla moglie che divenne incinta ed abortì al 5.° mese; una seconda gravidanza termina con un parto prematuro con feto morto; una terza, una quarta, una quinta lo stesso, una sesta con un aborto al terzo mese, una settima con un aborto di sei settimane. Questo fatto è estremamente comprovante; sette aborti succeduti a tre gravidanze felici ed avvenuti dopo la trasmissione della sifilide.

b) Il bambino, nato vivo, è sifilitico, e per conseguenza esposto a tutti gli effetti della sifilide infantile alla quale, a forza d'attenzioni e di cure, noi rubiamo qualche vittima, ma la grande maggioranza dei fanciulli vi soccombe fatalmente.

c) È ben possibile che il bambino sfugga alla morte ed alla sifilide, ma l'influenza ereditaria si tradurrà in un altro modo: per la debolezza congenita che caratterizza la più parte di questi fanciulli, miseri, invecchiati, rugosi, così poveramente costituiti; nulla attesta la sifilide, ma essi sono così malaticci che non possono vivere, e soccombono quasi sempre spegnendosi senza malattia, senza causa apparente anche all'autopsia. Oppure essi hanno certe predisposizioni morbose:

1.° Nascono o diventano sovente idrocefalici.

2.° Sono frequentissimamente soggetti a turbe nervose, all'epilessia dell'età infantile, alle convulsioni più tardi; spesso muoiono di semplici convulsioni.

3.° Infine essi hanno una manifesta tendenza al linfaticismo ed oppongono debole resistenza vitale alla scrofolosi.

Non è già che la scrofola sia per questo una metamorfosi della sifilide come si sostenne, ma a torto; essa è una entità morbosa che ha la sua individualità o personalità quanto la sifilide, ma è incontestabile che la sifilide costituisce una predisposizione alla scrofolosi essendo malattia debilitante che impoverisce l'organismo nello stesso modo che la miseria fisiologica, l'aria confinata, l'ingombro e simili.

C. Un uomo affetto da sifilide non estinta e che si marita

è pericoloso per sè medesimo, come capo della comunità, in ragione dei pericoli personali ai quali è egli esposto.

È questo l'atto più difficile e più delicato della questione non solamente sotto il rapporto delle idee mediche, ma eziandio per rapporto alla morale e ai principii che professano tutte le persone probe. L'uomo sifilitico è esposto ad una serie di accidenti infinitamente seri ed anche mortali. Ora salvo eccezioni rarissime, questi accidenti non arrivano che ad un'epoca lontana, allo stadio terziario; contratta ordinariamente durante la spensierata giovinezza, la sifilide non diventa grave che all'età matura, quando l'uomo è diventato padre di famiglia.

Ora quale triste situazione, medicalmente parlando, è quella di un uomo che ha tutte le probabilità d'essere la mira dell'assalto della diatesi sifilitica. Egli è ammalato per l'avvenire, egli è fisicamente guasto; indebitato colla sifilide, tosto o tardi egli dovrà sdebitarsi. È dunque onesto, è morale che questo uomo pensi a diventare marito e padre? È assolutamente immorale ed inammissibile. Infatti il matrimonio non è solamente un affare di sentimento, di passione, di convivenza, d'interesse; considerandolo in modo più positivo, è pure un'associazione liberamente acconsentita in cui ciascuno dei congiunti deve fare un presente di salute sufficiente per arrivare allo scopo che il matrimonio dovrà raggiungere nella società. Ora quest'uomo porta una salute ipotecata avente a suo passivo un debito ch'egli dovrà pagare in futuro alla sifilide, che è un creditore inesorabile. Quando si troverà infermo al punto di non essere più capace di lavorare per vivere, che cosa diventeranno sua moglie ed i suoi figli ch'egli non potrà più neppure nutrire?

Io mi domando; gli è dunque onesto ch'egli pensi ad avere una moglie e figli, egli che non ha migliore prospettiva per l'una che la vedovanza e per gli altri di rimanere orfani? L'uomo che avendo una sifilide non guarita e sapendolo mette la sua firma ad un contratto di matrimonio, è un miserabile. E per materializzare il mio pensiero dirò che è affatto ana-

logo alla situazione di due individui che associano i loro interessi industriali, l'uno arrivando con un tributo speciale in buon danaro, l'altro non apportando che valori ipotecati, fatturati ed aggravati di un deprezzamento inevitabile per l'avvenire.

Quest'ultimo è il nostro sifilitico che, contro la bella salute della sua giovane donna apporta una salute danneggiata, minacciata da tutte le catastrofi patologiche.

E non vogliate credere che io abbia in nulla esagerato facendovi questo quadro così malinconico; non ho fatto che raccontarvi ciò che ho visto troppe volte, tutti questi drammi intimi che sono una vera miseria sociale. Io non ne citerò che qualche esempio preso all'azzardo. Qui un artista di canto applauditissimo su una delle nostre più grandi scene, che avendo preso la sifilide, non la cura che con suprema indifferenza. Fortunatamente non infetta sua moglie ed ha un fanciullo sano; ma egli stesso più tardi è colpito da una forma sifilitica che prende un carattere ulceroso, che non ho potuto arrestare, e che invase successivamente la faccia, il naso, il labbro superiore, il velo del palato, il faringe, ed ha fatto di questo disgraziato un oggetto d'orrore e di disgusto per tutti i suoi conoscenti.

Oppure, è ancora un artista, ma pittore, che in seguito ad una sifilide incompletamente curata, è preso da una malattia d'occhi che gli fa perdere la vista ed obbliga questo disgraziato ad inscriversi nel registro di beneficenza per non morire di fame.

Un altro esempio concernente un disgraziato medico che una paraplegia sifilitica rende impotente e gli impedisce di difendere dalla miseria sua moglie ed i suoi due figli.

Un ultimo esempio: un industriale si ammoglia; con la dote della moglie fonda un grande stabilimento che prospera: sette anni dopo il matrimonio una periostosi sifilitica gli è causa di accidenti cerebrali, le sue facoltà intellettuali si indeboliscono, egli compromette la sua fortuna, si rovina poi muore demente, lasciando nella miseria sua moglie ed i suoi quattro bambini.

Io non finirei se raccontassi tutte le tristi calamità sociali di cui ho osservato tanti esempi.

Che dire dell'autore responsabile di tutti questi mali? Egli è più ignorante che colpevole, ed è per noi medici un dovere sociale l'instruire i nostri clienti di queste disgrazie che essi ignorano.

Illuminiamoli, e mostriamo loro l'abisso che essi si scavano trascurando i nostri consigli; e diciamo fermamente a chiunque affetto da sifilide non guarita e che voglia ammogliarsi, che se egli ha la libertà della sua esistenza, fintanto ch'egli è celibe, esso non ha il diritto, maritandosi, d'associare gli altri ai suoi rischi personali.

(Continua).

Rivista bibliografica

Intorno alla perforazione delle pareti dell'utero con l'isterometro, — Osservazioni, esperienze, considerazioni del dott. Carlo Liebman, medico-chirurgo primario dell'Ospedale civile di Trieste. — Trieste, tip. del Lloyd Austro-Ungarico. 1878.

Questa tesi dovrà incontrare la simpatia e la considerazione della classe medica, prima perchè è sotto l'egida di un nome già caro e stimato quale è quello del prof. Minati, uno dei più benemeriti ed insigni cultori della ginecologia ed ostetricia e cui l'autore molto giustamente volle dedicarla, secondo per la fortuna toccatale di essere svolta dal dott. Liebman, i cui studi e il cui valore appariranno rilevantissimi subito che si sia data una letta a questo lavoro: nè sarà pregio indifferente l'averlo potuto presentare al pubblico in edizione così nitida e così elegante.

Questo studio del dott. Liebman fu, come egli francamente palesa, motivato da due perforazioni dell'utero, intervenutegli in due donne più volte, mentre egli le esplorava con l'isterometro, con quelle cautele e con quel metodo che la esperienza ed il consiglio suo gli avevano fatto ritenere migliori e cui non era mai conseguita consimile accidentalità. In niuno dei due casi si verificarono danni. Nel primo discute se si fosse potuto ammettere l'atrofia dell'utero e nel secondo è inclinato a ritenere molto facile un deficiente sviluppo dell' utero, che riscontrò avere una cavità molto vasta e consociatavi la amenorrea.

Le 100 esperienze sui cadaveri, per le quali ora ei si servì della sonda flessibile di Simpson, ora dello isterometro di Simpson e talvolta di quello di Martin, furono condotte con una precisione, esattezza e ricchezza di osservazioni e ricerche inappuntabili, checchè ne pensi in contrario l'autore, che a somiglianza dei forti ingegni, i quali

mai si appagano dell'opera propria, anche la più encomiata, avrebbe voluto, sia coll'aiuto del microscopio, sia sfruttando il portato di altre scienze, mettere tutto a contribuzione della tesi presa a studiare e vestirla di un apparato scientifico tale, quale il suo amore per le dottrine mediche gli suggeriva e che la sua modestia non gli fe' vedere averle già procurate.

Queste esperienze io dissi ben condotte, sì perchè fu scrupolosamente osservato quanto interessava alla veridicità, importanza e chiarezza dei risultati, sì perchè praticate su vasta scala e con metodo ragionatissimo ed uniforme: incominciando dalla temperatura dell'ambiente non venne trascurato alcunchè di pertinente al caso; malattie pregresse, età degli individui, alterazioni patologiche locali, ora dei decessi, qualità degli istrumenti usati e misure della cavità uterina, sede della perforazione, spessore delle pareti dell' utero, grado di resistenza di esse all'istrumento perforatore, tutto vi fu ordinato per modo da fare invidia ad un paziente e minuto osservatore.

Molto bene a proposito il dott. Liebman pensò di radunare in 4 classi le praticate perforazioni, nell'una notando le facili, nell'altra le facilissime, in altre due le difficili e le difficilissime, a ciascuna di esse controponendo le malattie generali o locali del soggetto in esperimento, non che lo stato speciale dell'organo e quant'altro con le affezioni uterine o con lo scopo del suo studio avesse avuto rapporto.

E facendo tesoro di quanto gli cadde sott' occhio si trattenne con avvedutezza di giudizi e con severità ragionata su vari argomenti, fra cui mi pare interessante quello che gli offrì il destro di negare al Beigel, che la sonda di Sims abbia sulle altre il privilegio di non portare lesioni dell'utero che va esplorando.

In 99 donne che la morte colpì per malattie estranee agli organi genitali 45 presentarono interessanti consociazioni morbose di queste parti, che in altre molte furono trovate con prodotti morbosi, se non gravi certo almeno non immeritevoli di essere rilevati.

L'autore prese di qui le mosse a sferzare sanguinosamente il moderno specialismo, pel quale talvolta accade di ostinarsi nella esclusiva cura locale di una malattia, che parrà circoscritta e confinata là dove è più evidente, ma che poi non risanerà, o forse peggiorerà perchè fu messo fuori di causa lo stato generale dell'infermo.

Come risultato della prima parte di studio scendono di necessità le seguenti conclusioni:

1.° « La perforazione dell'utero con l'isterometro è un avvenimento meno raro di quello che generalmente si crede ».

2.° « Uteri relativamente sani, ma fissati da molte aderenze pelviche sono facilmente perforabili con l'isterometro ».

Il primo corollario che l'autore può trarre unicamente partendo dai dati di osservazione nelle sue due perforate e dagli esperimenti praticati su 100 cadaveri di donne, viene rafforzato dagli studi del Dupuy, Schöder, Rabl-Ruckard.

L'altra conclusione è proprio il frutto delle esperienze e degli studi dell'autore, il quale oltre all'avere constatato qui una negletta causa di perforazione dell'utero, ha saputo per più utilizzarla fissarci sopra un consiglio terapeutico eccellente, quello di dare la limitazione e più che mai l'abolizione dei movimenti passivi dell'utero come controindicazioni alle esplorazioni isterometriche.

Il Dupuy diè come cause di perforazione dell'utero la metrite cronica (primo stadio dello Scanzoni), l'atrofia dell'utero, la tubercolosi locale, che Liebman non riconobbe da tanto, a meno che non avesse indotto lacune e caverne nelle pareti uterine, il cancro dell'utero, stato puerperale o post-puerperale, cui l'autore aggiunse col Mayer i miomi uterini, ancora essi elevandoli, insieme allo stato puerperale, al grado di vere e proprie controindicazioni all'isterometria.

L'autore infine volle che ai suindicati elementi causali se ne ponessero accanto altri per lui non meno interessanti, come sarebbero la tisi polmonare, il marasmo senile, le lesioni valvolari del cuore, i quali tutti ci riassunse sotto il titolo di — influenza dello stato generale sulle pareti dell'utero. — Donde ne scaturirono altri due corollari che sono:

3.° « Vi hanno molte malattie e alterazioni speciali delle pareti uterine che le rendono assai friabili e perciò predisposte ad essere facilmente perforate con l'isterometro ».

4.° « Alcune alterazioni delle pareti dell'utero che hanno anche per effetto questa friabilità, sono dovute a condizioni generali ».

L'ultima parte del lavoro fu destinata alla ricerca dei danni che conseguono o possono conseguire alla perforazione dell'utero. Il caso dello Spiegelberg, cui morì una donna per la perforazione dell'utero, e i fatti non meno gravi di altri che neppure lontanamente pensarono alla perforazione, sono assai eloquenti. Neppure si crederebbe che Weit e Martin attribuissero a floscezza e allungamento dell'utero il fatto di

avvertire il becco della siringa sotto le pareti addominali, vicino all'ombellico, invece che all'avvenuta perforazione. Il dottor chirurgo primario dell'Ospedale di Trieste fe' tesoro di tutti questi fatti e dopo accurata disamina potè formularci sopra un ultimo corollario:

5.° « La perforazione dell'utero non è sempre innocua ».

Non vi sarà collega, io spero, che dopo scorsa questa bella monografia del dott. Liebman, non voglia unirsi meco a porgere un meritato tributo di gratitudine e di lode allo scrittore che seppe tanto dottamente illustrare un argomento di alta importanza e di provata utilità.

Pisa, 3 febbraio 1879.

Dott. Ottaviano Marchioneschi
Assistente alla Clinica Ostetrica e Ginecologica
di Pisa.

Osservazioni di amputazione cesarea Utero-Ovarica

I. Breisky. — Zur discussion über Porro — Methode des Kaiserschnittes. — Ein neues für Mutter und Kind erfolgreicher Fall. — Archiv f. Gynæk 1879. XIV, Bd. I H.

II. Perolio. — Un'altra guarita di Operazione Cesarea con Amputazione utero-ovarica, — Brescia 1879, tip. F. Apollonio.

III. Litzmann. — Beitrag zur Statistik der Kaiserschnitte nach Porro. — Centralblatt f. Gynæk. 1879. N. I.

IV. Franzolini. — Contributo alla ovariotomia ed alla laparo-isterotomia in Italia. — Giornale Veneto di Scienze mediche, febbraio 1879.

I. Primipara, bacino rachitico, universalmente ristretto, piatto, assimetrico, diametro di Baudelocque 150 millimetri, C. 0, 79. C. V. 62-67, specialmente ristretta la metà sinistra della pelvi, gravidanza a termine, feto vivo. L' operazione venne praticata nella narcosi cloroformica e circondata da tutte le cautele antisettiche. Venne adottato il processo di Müller, vale a dire venne sgusciato l'utero estratto nella sua porzione cervicale sopra-vaginale prima di aprirlo, mediante filo di rame passato nel costrittore Cintrat. Il taglio cadde sulla inser-

zione placentare, eppure la perdita sanguigna fu minore che in un parto normale. Il bambino, lievemente asfittico, del peso di 3305 grm. fu tosto rianimato, Vennero introdotti tre tubi di drenaggio, uno *fino* allo spazio di Douglas, gli altri due verso le fosse iliache; decorso consecutivo regolare, formazione di fistola cervicale, chiusura di essa circa 40 giorni dopo, guarigione.

Il Breisky si dimostra caldo partigiano dell' operazione ideata da Porro. Che se essa non raggiunge il nostro ideale nei casi di *relativa indicazione del taglio cesareo*, e in cui dobbiamo scegliere tra la mutilazione della madre o del feto, resterà sempre nella pratica nei casi di vaste atresie vaginali, di neoformazioni uterine, e *per l' essenziale guadagno di assicurare la sterilità della madre;* rimarrà discutibile nei casi di assoluta ristrettezza pelvica, anche quando nuovi progressi dell'arte assicurassero il risultato per la madre e pel feto pur evitando ogni grave mutilazione della madre.

II. Il Perolio nella sua Memoria riporta anche l'osservazione sinora inedita del Previtali, che io qui pure riferisco.

Osservazione di Perolio. — Primipara, eminentemente rachitica, alta m. 1, 19. C. D. 65, diametro bi-ischiatico 68, obliq. destro 17, 6, obliq. sinistro 18, 2. Rottura spontanea delle membrane alla metà circa del nono mese, incisione dell'utero in sede, estrazione di feto vivo del peso di grammi 2600, costrizione dell'utero mediante filo di ferro, passato nel serranodo di Cintrat, drenaggio addominovaginale attraverso lo spazio di Douglas, caduta del moncone in 12.ª giornata, in 13.ª giornata si rimuove il tubo di drenaggio, guarigione.

Osservazione di Previtali. — Trasportata quasi morente all' Ospedale di Bergamo, dopo cinque giorni di travaglio e ripetuti tentativi infruttuosi di liberazione soccombeva per esaurimento vitale, 30 ore dopo l'amputazione utero-ovarica.

III. Donna di 29 anni, secondipara, bacino universalmente ristretto, piatto, assimetrico, C. V. 70, 73 millimetri, parto antecedente terminato colla craniotomia. Nell'attuale, l'indicazione del taglio cesareo venne fornito dalla vasta e solida atresia cicatriziale della vagina; l'operazione venne praticata colle cautele antisettiche, l' utero venne sgusciato secondo il processo di Müller, e si praticò l' emostasia preventiva, circondando la cervice mediante un'ansa di gomma; il taglio cadde nella placenta e malgrado di ciò la perdita fu lievissima, venne estratta una bambina del peso di grammi 2500 asfittica, che venne

quindi rianimata. Quindi anche i due casi di Breisky e di Litzmann dissipano in parte i timori concepiti pel bambino, ove si voglia adottare il processo di Müller. La donna morì in 6.ª giornata di peritonite settica, causata probabilmente dalla presenza di liquame icoroso nella porzione vaginale, liquame accumulato forse in essa durante le 60 ore del travaglio e che non poteva defluire liberamente, essendo la vagina terminata da una volta cicatriziale in cui era scolpito un piccolo orifizio che non dava passaggio ad una sonda. L'autore avvisa che la disinfezione diligente del canale e l'orlatura delle pareti del peduncolo in modo da chiudere il cavo sieroso, avrebbero forse impedito questo esito fatale.

IV. Donna gravida in nono mese, anasarcatica, dispnoica per edema polmonare. Si diè mano tosto ai mezzi idonei a provocare il parto, doccia calda all'utero, iniezioni ipodermiche di ergotina e finalmente rottura del sacco; ma l'utero rimase quasi inerte e intanto alla sera dello stesso giorno la donna si era fatta agonizzante. Tre partiti allora si affacciavano all'operatore: praticare il parto forzato: eseguire il taglio cesareo subito dopo la morte della donna: eseguirlo immediatamente nella donna agonizzante per avere maggiori probabilità di salvare il feto e colla speranza che diminuendo la pressione endo-addominale mediante lo svuotamento dell'utero venisse a migliorarne l'edema polmonare. Venne abbracciato quest'ultimo. L'emorragia imponente, seguita alla incisione uterina, indusse l'operatore ad applicare un tubo di gomma sulla cervice dell'utero, esercitando con un doppio giro di quello una energica costrizione ed esportando quindi utero ed ovaie. La donna moriva 36 ore dopo per l'edema bronco-polmonare.

L'autore è convinto che col problema chirurgico sieno connesse questioni di ordine morale, sociale e religioso, e considera come unica indicazione l'indomabile e precipitosa perdita di sangue. Di convincimenti affatto opposti a quelli dell'autore, io non voglio qui discendere nel campo inestricabile della coscienza individuale, per combatter le sue affermazioni, tanto più che la questione parmi già risolta dalla maggioranza degli ostetrici. Mi permetto solo di meravigliarmi come l'autore il quale si rifiuta di rendere sterile una donna, per migliorare la prognosi di un atto operativo, non rifugga poi dalla provocazione dell'aborto che egli considera come una risorsa contro la necessità di un secondo taglio cesareo, se la donna operata col metodo classico sopravivesse.

Le operazioni praticate col metodo di Porro, pervenute a mia conoscenza sono 23, che riunisco nel seguente quadro:

	N.° delle operate	Guarite	Morte
Porro	1	1	—
Chiara	3	1	2
Perolio	1	1	—
Previtali	1	—	1
Franzolini	1	—	1
Tibone	3	1	2
Peyretti	1	—	1
Carlo Braun	2	1	1
Gustavo Braunnt	1	—	1
Spaeth	2	1	1
Müller	1	1	—
Wasseige	2	1	1
Hegar	1	—	1
Fehling	1	—	1
Liztmann	1	—	1
Breisky	1	1	—
	23	9	14

Quindi sopra 23 donne operate s'ebbero 9 guarite, vale a dire circa il 40 %, statistica tanto più confortante quando si pensi che le operazioni vennero tutte praticate in Maternità in alcune delle quali era un mito la guarigione dopo il taglio cesareo classico, e quando si rifletta che Franzolini e Previtali operarono sopra donna agonizzante, ed Hegar sopra donna uremica per nefrite interstiziale.

MANGIAGALLI.

VARIETÀ

Fomentazioni calde sul capo nei casi di emorragie uterine. — Il dott. Kochler se ne serve da sette anni con ottimo risultato, onde prevenire l'anemia cerebrale e la paralisi cardiaca. Le pazienti provano tosto notevole miglioramento, la coscienza ritorna, il polso si fa più forte, cessa il ronzio nelle orecchie, e appena i fomenti si raffreddano le ammalate desiderano che sieno rinnovati. — Il dott. Kochler dice di aver salvato donne in estremo pericolo con tale processo, che è anche semplice, di facile applicazione, potendo le fomentazioni essere rinnovate da ogni persona (Allgemeine Medizinische Central-Zeitung, N.º 1, 1879).

NOTIZIE

Paiusco, prof. straord. di Ostetricia nella R. Università di Sassari, fu nominato prof. ord. di Ostetricia nella R. Università di Catania.

Cuzzi Alessandro, medico 1.º Assistente nell'Istituto Ostetrico di Milano, venne nominato prof. straord. di Ostetricia nella R. Università di Modena.

Macari, prof. ord. di Ostetricia nella R. Università di Modena, venne trasferito nella stessa qualità a Genova.

Il posto lasciato vacante dal dott. **Cuzzi** venne messo a concorso per titoli: il tempo utile per la presentazione dei titoli scade il 15 del p. v. mese di Giugno.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Volume I. Maggio 1879.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Istituto Ostetrico di Torino

INFLUENZA DELLA GRAVIDANZA SULL'ORGANO DEL RESPIRO
IN CONDIZIONI FISIOLOGICHE E PATOLOGICHE
STUDIATA SPERIMENTALMENTE E CLINICAMENTE

DAL

DOTT. LIBERO BERGESIO

Medico 1.° Assistente

(*Continuazione*).

Il fatto della facilità dell' edema polmonare e dei prodotti congestizii sì facili nella gravidanza, se trovano nell' ordine meccanico qualche appoggio, se hanno nella condizione alterata dei canali avuto nuova predisposizione, questa però non è al punto delle peculiari e dirette che possono trovare nel contenuto, nello stato del sangue, in cui, diminuiti in parte i principii solidi, aumentate le parti liquide, trovasi molto bene la fonte della maggior attitudine, a stravasi, a fuoruscita attraverso le maglie dei tessuti vascolari, specialmente nel polmone già per sè stesso dotato di minor resistenza.

Passate rapidamente ed in modo molto incompleto, pur troppo lo riconosco, le alterazioni fisiologiche che la gravidanza in parte imprime alla funzione polmonare, veniamo a studiare la frequenza ed il modo con cui turba le varie affezioni di quest' organo.

> Dovetti soventi pentirmi di aver troppo ritardata la provocazione del parto prematuro nei vizi cardiaci ed affezioni polmonari gravi, mentre nei vizi pelvici mi rimproverai talvolta il precoce intervento.
>
> TIBONE, *Lezioni cliniche orali*, 1871.

Influenza della gravidanza su alcune malattie polmonari acute. — Varie opinioni furono emesse sulla natura intima della gravidanza e sulle relazioni ch'essa prendeva in genere coll'organismo. Ordini di idee tra loro qualche volta disparatissime, ma fedeli rappresentanti ognora dei criteri medici nosografici fiorenti nelle varie scuole. L'antica opinione ippocratica, e da Galeno pure ammessa, passò attraverso ai secoli, e non ostante le scosse che potenti ingegni le impressero, arrivò a noi confermata, ed in parte modificata dagli studi ematologi recenti. Già la scuola di Coo, conscia delle importanti variazioni che il sangue subisce nella gravida, ritenne che queste modificazioni fossero di tal natura da far credere questo stato, come una vera malattia per l'organismo femminile. Aristotile (Generazione degli animali, lib. 4, cap. 4,) nota che mentre gli esseri della scala inferiore in gravidanza si comportano circa la salute ordinaria senza alterazione sensibile veruna, la donna ne differenzia, perchè in essa è ingenerato uno stato più prossimo alla malattia che alla sanità.

Queste idee ripetute dai vari scrittori di cose mediche anche propugnanti lo stato di debolezza in cui cadeva l'organismo, fecero sì che nella sua celebrata opera sulle Nosologie, Boisier de Sauvage, classificasse la gravidanza, tra le malattie d'ordine cachettico.

Mauriceau paragona poeticamente la donna gravida ad un pilota che navighi in mare tempestoso, ripieno di irti e nascenti scogli, ove se con la massima prudenza non si regoli, il naufragio è ognora imminente. Così per lui la gravida è soggetta

a tante cause d'infermità fisiche e morali che non si perita di scrivere; doversi in questo caso la donna, benchè in apparente buona salute, per lo stato suo neutro circondar di cure come fosse ammalata. E questa condizione speciale creata dalla gravidanza pone a carico delle variazioni sanguigne.

Anzi egli che scrisse in tempi in cui il salasso regnava sovrano nella terapeutica medica e che ad ogni pie' sospinto nelle varie affezioni veniva da lui abbondantemente prescritto, eleva l'autorevole sua voce contro l' uso e l' abuso che i contemporanei ne facevano nella gravidanza, osservando ridursi con questo metodo la donna gravida più facilmente verso il depauperamento sanguigno cui naturalmente è già predisposta. Ad appoggiare questa sua asserzione, narra varie osservazioni di aborti e di parti prematuri successi con esito infelice per ambi gli esseri, provocati dall'uso ripetuto del salasso. È ben vero che talora si tratta di donne che per flussioni polmonari vennero salassate 70 od 80 volte (Mauriceau, Observations sur la Grossesse et sur les acchouchements, Paris 1738).

Lasciando le idee di Brown e di altri pochi che vollero trovare nella gravidanza l'eccesso contrario, facilmente possiamo convincerci che le idee degli antichi sulla gravidanza e sulla tendenza debilitante che per lei l'organismo prendeva, dipendevano dalle alterazioni della crasi sanguigna. In ultima analisi questo modo di vedere, è precisamente quello che nella mente dei moderni fu dimostrato per vero dai brillanti studi degli ematologi. Ed è precisamente appoggiandosi su queste alterazioni e sulle modificazioni che per esso patisce l'organismo gravido, che la maggioranza dei clinici cerca essenzialmente di spiegare il particolar modo di comportarsi della donna gravida nelle varie malattie e l'assoluta tendenza che in esse si trova al rapido sciogliersi delle funzioni vitali. Le medesime idee che fecero stigmatizzare e giustamente considerare come dannosissimo l' abuso delle sottrazioni sanguigne nella terapeutica dei vari morbi, debbono facilmente spiegarci il perchè di questa minor resistenza nella gravida ai processi mor-

bosi. La gravidanza produce nel sangue i medesimi effetti dei salassi ripetuti. Genera lo stato idroemico. Questo stato idroemico per qual ordine di fatti diventi fatale all'organismo è inutile il discuterlo. Esso nella gravidanza compare al quinto mese, epoca in cui il feto coll'accentuare che fa le sue varie funzioni apertamente dimostra accresciuti i suoi bisogni per l'esistenza. Chi rappresenta il salasso in questi casi è l'organismo fetale, che sottrae per conto proprio una notevole quantità di sangue. Per questo fatto nella vita e trasformazione dei vari tessuti materni noi vediamo succedere i medesimi tratti caratteristici. Così nella gravidanza pure sorge quella predisposizione organica alla degenerazione grassa, che troverebbe un rappresentante nella gravidanza fisiologicamente nello stato grassoso del fegato trovato da Vulpian e Tarnier, stato che il de Sinety vorrebbe far dipendere solo dalla funzione lattea.

La resistenza vitale in genere, diminuita di molto nella gravidanza dai processi distruttivi, ci spiega i rapidi progressi dei processi acuti, lo scoppiare di quelli latenti, il risvegliarsi degli assopiti. Di qui la triste influenza su quei morbi d'indole cachettica, come i processi tisici che rapidamente in questo stato conducono la gravida alla dissoluzione. Ciò detto per le malattie in genere, veniamo ora allo scopo di questo breve riassunto clinico.

Sulla polmonite acuta. — Le affezioni bronchiali sono frequentissime nella gravidanza. Il 10 % delle donne che ricoverano nelle sale dell'Istituto ostetrico torinese ne vanno in vario modo affette. La loro natura leggera, il decorso apiretico, la poca influenza che esercitano sul decorso della gravidanza, non producendo incidenti degni di nota ci dispensano da ulteriore disamina. È certo che allorchè la tosse, come credevasi una volta, giunge colla sua intensità a turbarne il decorso, bisogna ammettere che all'infiammazione bronchiale partecipi pure un'affezione polmonare propriamente detta; per cui riteniamo che il catarro bronchiale semplice non può per sè stesso aver influenza sull'utero gestante, ma per le scosse che imprime, per

lo stato speciale che procrea nel polmone, prepara la via a mali maggiori.

Sono le malattie polmonari propriamente dette che esercitano un potere sul decorso di questo stato. Di queste alcune scoppiano accidentali e coi rapidi loro effetti procreano gravi conseguenze; così la polmonite acuta, senza che per sè stessa la gravidanza abbia potere sul loro comparire; altre nel sorgere trovano un'alleata potente nello stato in cui si trova l'organismo gravido, come le congestioni, le stasi, gli edemi polmonari, mentre che per alcune la gravidanza serve di stimolo ad un rapido decorso verso il loro triste esito, o fa comparire se latenti, così la polmonite lenta e le affezioni tubercolari polmoniche. Riguardo a queste ultime una parte dei clinici moderni accettano la distinzione clinica di due affezioni che furono prima confuse in una sola, ma che molte volte il reperto necroscopico dimostra essere di natura differente.

Premetterò essere mio scopo lo studiare solo il lato ostetrico del soggetto, evitando discussioni mediche che per la natura loro non risponderebbero al lavoro e mi condurrebbero troppo oltre. A ciò mi serva pure di scusa l' incertezza che tuttora regna tra i clinici nell'interpretare alcune manifestazioni patologiche, questioni tutte in cui io non potrei che portare oscurità ove mai presumessi di rischiararle.

Riguardo all' eziologia ed alla frequenza nella gravidanza della polmonite acuta genuina, accettando la distinzione clinica di catarrale e crupale, poco possiam dire. Le cause dello scoppiare di essa nella gravidanza sono comuni con quelle fuori di questo stato. La gravidanza per sè stessa, come già scrissi, pare non procrei nell'organismo una tendenza speciale per questa malattia. Infatti su 1495 gravide che ricoverarono alla clinica ostetrica torinese dal 13 ottobre 1872 a tutt' oggi, la di cui storia anamnestica venne raccolta con scrupolosa diligenza ed annotata sui registri clinici, trovo solo 5 casi di polmonite acuta intercorrenti a varie epoche nella gravidanza, mentre che le altre affezioni polmonari sono in molto maggior numero rap-

presentate. A completare questo numero ammisi pure le gestanti della sezione levatrici, che dal febbraio 1878 furono unite all'Istituto ostetrico universitario. Colpisce in mezzo alla salute relativa di cui la gravida può godere, per lo più per causa reumatica. Il trovare abbastanza rara nei registri clinici della Scuola questa malattia lo attribuisco alle maggiori cure di cui si attornia la donna gravida, specialmente perciò che riguarda le influenze termometriche esterne, cure che diventano maggiori nelle ricoverate della Maternità, ove una saggia igiene ne regola la vita. E mi fa rigettare l'opinione di Devilliers e Matton (Journal de méd. de Bruxelles, 72) che nell' ipernosi del sangue gravidico vorrebbero trovare un incentivo allo sviluppo delle malattie acute in genere e delle polmoniti in specie.

Con lo Stoltz e Marchand nego questa pretesa diatesi infiammatoria che ci condurrebbe a ripristinare una pratica nella gravidanza che non ostante il biasimo medico quasi universale era talmente abbarbicata da renderne difficile lo sradicamento. L'influenza che la gravidanza esercita sulla polmonite va cercata nel decorso e nell' esito, sia per la madre come pel prodotto della fecondazione. Influenza che è tutt'altro che spiegata. Come già scrissi in genere, essa era già ammessa pei morbi acuti con febbri alte ed il medico di Coo già ben scrisse: Mulierem utero gerentem capi ab aliquo morbo acuto, loetale est (De Aphori, lib. V). Mauriceau, De la Motte, Franc, Requin, Stoltz dimostrarono in seguito che le polmoniti nella gravida assumono carattere gravissimo e conducono facilmente allo sgravio.

Anzi nella foga di fabbricare malattie speciali dipendenti da nuove condizioni sorgenti nell' organismo e dal vedere questa speciale asprezza delle polmoniti, gli scrittori di cose mediche, sulla fine del 700, furono portati a stabilire e descrivere una forma speciale di polmonite che battezzarono per puerperale. Parte di questi autori si limitarono a constatare il fatto senza molto preoccuparsi dell' investigarne la ragione. Parte lo misero in correlazione colle idee nosografiche che se-

guivano. Così Astruc la riteneva come una polmonite speciale, di natura diversa dalle altre e confondendo la causa coll'effetto la riteneva prodotta dalla flussione che le mammelle esercitavano per la presenza del latte sugli organi toracici (Maladies des femmes, Paris 1770, vol. I, pag. 158), Levret, Deleury, Chambou e Gastille (1770-1812) ne danno ognuno una breve descrizione insistendo sulla particolare gravità.

Hildebrand insiste pure sulla forma speciale che prendono le polmoniti nel puerperio. Ne descrive i caratteri essenziali, il decorrere rapido al triste esito. Tutti i medici che curavano gravide o puerpere notarono inoltre la tendenza che avevano in queste le polmoniti a suppurare e lo addebitavano, i più antichi ed i meno razionali, ad un trasporto di latte o di lochi del sangue; trasporto con cui non solo spiegavano il modo speciale di comportarsi di questa malattia, ma pure le raccolte tutte di pus che trovavano nelle varie affezioni puerperali. Idea singolare per spiegare le malattie puerperali di cui si mostra ancora impregnato il volgo che teme la retropulsione dei lochi e del latte come produttrice di gravi malattie nella donna. I più recenti poi, questa tendenza della polmonite la posero giustamente a carico dell' infezione del sangue, d'uno stato speciale creato nel corpo dal puerperio, come tra i primi scrisse il Chomel. L'idea di Chomel venne dal Voillermier nel 1838 in una relazione d'epidemia puerperale successa all'Hopital clinique, illustrata da numerose prove cliniche, per cui il Grisolle poco tempo dopo nel suo aureo libro (De la pneumonie, Paris 1841) potè dimostrare che la polmonite essenziale puerperale non esiste; ma che questa nel suo decorso ed esito è in modo grave influenzato dalla gravidanza, e che quando scoppia nel puerperio morboso colla tendenza a suppurazione, benchè con caratteri dissimili dall'adinamica, è però consecutiva allo stato infettivo generale e non è che un modo di pronunciarsi, come tutte le altre lesioni che si trovano nei vari visceri, di questo speciale stato morboso.

Come si vede nella storia della medicina fu d'uopo scendere

fino verso la metà di questo secolo a Grisolle per trovare idee precise su questo importante fatto clinico. Quest'abile clinico, benchè in breve, già si occupò della complicazione che è per la polmonite la gravidanza. Ne dimostrò la speciale gravità, gravità maggiore pel feto e poggiando già sin d'allora la sua asserzione su fatti clinici riporta 18 casi di polmoniti gravidiche che vennero da lui medesimo raccolte, di cui undici volsero ad esito infausto e nove abortirono o partorirono prematuramente. Su tredici gravide non ancor giunte al fine del sesto mese di gravidanza, 4 perirono su 5 che videro interrompersi la gravidanza per la polmonite, come facilmente si può vedere dalla qui unita tavola sinottica. È vero che Grisolle non ancor bene spiegandosi il motivo di questi tristi risultati, lo vorrebbe quasi far dipendere da mera accidentalità; ma pur troppo che in seguito agli studi ulteriori degli altri clinici, non regna più dubbio su questo modo di comportarsi della polmonite nella gravida.

Infatti continuandone lo studio nei vari autori che si occuparono di ciò, troviamo registrati nel libro del Bourgeois il risultato di 12 polmoniti acute da lui studiate nella gravidanza. Metà di queste erano prima della fine del sesto mese. Sulla totalità cinque volte successe l'aborto, tre volte il parto prematuro e tre delle donne morirono.

Nell'opuscolo del Reclus (Pneumonie dans la Grossesse, Paris 1875), lo studio è ripreso. Ivi si accenna ad un lavoro inedito su questo soggetto, dal Verrier letto all'Accademia di medicina di Parigi, ove sono riportati cinque casi di polmoniti acute nella gravidanza da lui studiate. Secondo quest' autore la malattia in questione riescirebbe grave sia prima come dopo la viabilità fetale. Sarebbe causa d'aborto o di parto prematuro qualunque fosse la cura impiegata. Nel 1870 nel Giornale medico di Bruxelles, Chatheleine pubblicò un fatto di polmonite acuta da lui curata prima del sesto mese. Mettendo insieme i 18 di Grisolle, i 12 di Bourgeois, 5 raccolti nei vari giornali, 4 inediti, di cui 2 suoi e 2 del dott. Monginot forma il Cha-

theleine un quadro di 39 polmoniti acute su cui basa il suo studio. Orbene, se ai 39 accolliamo tre da me presi dal Mauriceau, quattro dal Reclus ed otto inediti da me raccolti e di cui qui unisco in breve le osservazioni, avremo una statistica di 54 polmoniti che si svolsero nella gravidanza e che ci serviranno a fondare con qualche certezza alcuna importante conclusione ostetrica. Premetto che non credo per nulla di dir cose nuove, ma solo raccogliere i criteri dei vari autori da me studiati e su questi trarne una giusta linea di condotta.

Per maggior chiarezza riporterò qui sotto le osservazioni che mi servirono di scorta al lavoro; e per non tediare di molto aggrupperò in cifre i risultati che si possono dedurre dallo studio complessivo delle raccolte nei vari autori.

Osservazione I. — F. C., d'anni 43, di Settimo Torinese, pluripara, costituzione affievolita, abito muscolare macilento. Gravida sul principio del nono mese. Non ricorda malattie gravi, fuori d'una polmonite che la colpì nella penultima gravidanza, polmonite la di cui gravezza era tale da far pensare a provocarle il parto; quando entrata in travaglio spontaneamente espelleva un feto ottimestre, morto da poche ore con tutti i segni di grave asfissia. La donna migliorò rapidamente dopo l'espulsione del prodotto del concepimento; la respirazione si fece tosto più libera, diminuì, a detta di lei, in giornata il vivo dolore puntorio, e le cose volsero al meglio in modo sì rapido che pochi giorni dopo lasciava il letto perfettamente ristabilita.

Chiamato verso il sesto mese della gravidanza in corso che era la nona, per catarro bronchiale diffuso, con semplici calmanti ed emollienti lo calmai, in modo da lasciarla perfettamente ristabilita. Essendosi esposta a cause reumatiche verso il principio del nono mese, fu presa dal medesimo dolore puntorio vivo dell'altra gestazione, con sputi rugginosi caratteristici, ambascia di respiro, il tutto preceduto da forte brivido ed accompagnato da febbre alta. Richiesto in tutta fretta non mi fu difficile di constatare coi segni fisici ciò che dalla sem-

plice ispezione quasi con certezza si poteva stabilire; l'esistenza cioè o per meglio dire la ricomparsa della pleuro-polmonite del lato destro, cui già aveva soggiaciuto nella ottava gestazione. Il catarro bronchiale diffuso s'era pure di nuovo svegliato. Non ostante la cura impiegata per 3 giorni, le cose non volsero al meglio. La temperatura, come dalle mie note cliniche posso vedere, saliva verso sera a 40°. I fenomeni polmonici aumentavano. Dopo moti attivi violenti del feto nel giorno prima, questi erano scomparsi. Invano al quarto giorno vi cercai il battito cardiaco fetale. La sorte che aveva corso il feto era per me certa. La donna conscia del miglioramento ottenuto col parto l'altra volta, insisteva vivamente perchè lo si procurasse. Qualche contrazione uterina già sin dal primo giorno dell'invasione del morbo s'era osservata. Decisi di secondare i voti della madre, convinto per altra parte di recarle un reale vantaggio. Previo consulto, provocai il parto prematuro col metodo di Krause. Il giorno susseguente, a 18 ore dopo l'introduzione della sonda succedeva lo sgravio con espulsione di un feto sul principio del nono mese, premorto. Anche qui i segni dell'asfissia patita erano sul feto distinti. All'epoca del parto la T. era 39° $^{6}/_{10}$. I fenomeni di soffocazione intensi. Poco escreato e rugginoso. Respiro 50. Polso leggermente irregolare, celerissimo. La sera del parto i fenomeni tutti s'erano calmati, e la temperatura giungeva appena a 36°, tre ore dopo il parto. La polmonite ch'erasi estesa a tutti i $^{2}/_{3}$ inferiori del polmone destro con distinti segni d'epatizzazione rossa, decorse rapidamente le sue varie fasi verso favorevole risoluzione nei giorni seguenti; ed il puerperio che decorse normale non fu più molestato da rialzi morbosi significanti nella malattia. L'osservazione è tolta dal mio lavoro sulla Provocazione dell'aborto e parto prematuro (Gazzetta delle Cliniche, 1876).

Osservazione II. — Istituto Ostetrico. Registro clinico. Anno 1874-75. N. annuale del parto 139. — Fas. Maria, operaja, d'anni 24, costituzione buona, abito regolare; entra in clinica il 29 aprile, è pluripara, gravidanza nel 9.° mese. Narra

che al 5.° mese della gestione in corso fu presa da brivido con forte dolore puntorio sotto la mammella destra, ambascia di respiro, tosse molesta, rari escreati rugginosi, il tutto con febbre alta. Mediante cura adeguata, tra cui un salasso ed un copioso sanguisugio locale e permanenza di un mese in letto, potè sorpassare la triste crisi. Si temette l'aborto, stante che nel punto culminante della malattia fu presa da dolori uterini con contrazioni, che pure si calmarono colle abbondanti prescrizioni oppiate che le si prescrissero. Al momento in cui entra in clinica, nessuna traccia del patito morbo lo tradisce, tolta una diminuzione alla percussione della sonorità polmonare a destra nel 3.° inferiore, ove pure si sente velato il rumore respiratorio. La donna partorì felicemente il 14 maggio un feto robusto ed a termine. Il puerperio decorse normale.

Osservazione III. — Registro clinico 1874-75. N. annuale del parto 151. — Giar. Teresa, contadina, d'anni 28, abito regolare, costituzione robusta, pluripara, bacino piatto, vizio pelvico di 1.° grado. Entra già in sopraparto, gravidanza a termine. Riferisce che verso il 6.° mese fu presa da forte dolore puntorio a sinistra, con sputi color prugne. Brividi intensi, febbre alta, tosse molesta che aumentava la trafittura, respiro ansioso. Fu tosto salassata e posta sotto l'azione deprimente del tartaro stibiato. I salassi fatti e copiosi al N. di 5, e la somministrazione dell'emetico ripetutamente fanno stupire non abbiano provocato l'aborto, specialmente che nell'acme della malattia la donna sentì distinte contrazioni uterine. Dopo 30 giorni di letto s'avviò rapidamente alla convalescenza. La risoluzione degli essudati polmonari fu aiutata coi rivellenti cutanei. Al suo ingresso in clinica la donna è affetta da legger grado di dispnea che si può però porre a carico delle contrazioni uterine che succedono rapide. Nel polmone sinistro i risultati della flogosi sofferta non sono del tutto scomparsi; qualche rantolo a grosse bolle distinto nei due momenti ancora esiste. Il parto successe normale, feto sano, puerperio regolare.

Osservazione IV. — Registro Clinico 1874. — Pace Angela,

contadina, d'anni 41, abito regolare, costituzione affralita e meschina, pluripara. Ricovera nelle sale cliniche li 11 maggio. Ambascia di respiro leggera, stanchezza generale, tosse con espettorazione muco-purulenta abbondante, febbre modica, vespertina (T 38 $^3/_5$). Narra essere stata presa 50 giorni prima dell'ingresso in clinica, dietro causa reumatica, da forte dolore puntorio, preceduto da brivido e susseguito da ambascia di respiro, tosse secca con rari escreati rugginosi, febbre alta; fenomeni tutti che aumentavano notevolmente verso sera. Ricoverò all'ospedale di Chambery, ove fu curata con coppettazione a destra sul luogo dolente, vescicanti, tisane internamente. Essendo migliorata ed entrata in convalescenza, volle ritornare a casa sua. Giunta in Torino, la stanchezza del viaggio risuscitò la tosse, per cui cercò ricovero all'ospedale. Essendo gravida al 7.° mese, fu ritirata nella clinica ostetrica. Dai segni fisici e razionali si constata un catarro bronchiale diffuso. La polmonite è al 3.° periodo in via di risoluzione. Mediante il riposo, i calmanti e cura ricostituente, diminuiscono i fenomeni, e l'ammalata entrata rapidamente in stato migliore, lascia l'istituto senza partorire per ritornare a casa sua.

Osservazione V. — Registro clinico dell'anno 1874-77. N. annuale del parto 33. — Essendo in quest'epoca già incominciato il mio assistentato ed avendo meco le storie cliniche dei varii fatti raccolti nel trienno 77-78 e parte già del 79, ne posso dare più minuta descrizione. Robello Margherita, d' anni 39, pluripara, abito regolare, costituzione mediocre, entra in clinica il 18 dicembre 1876. L'ammalata, abitante nei dintorni di Torino, fu presa nel mattino dell'ingresso da forte dolore puntorio sotto la mammella sinistra che le toglieva il respiro. Chiamò il medico, che si fece premura praticarle due abbondanti salassi per curare l'invasione pneumonica, mentre, essendo comparsa nel dopo pranzo una metrorragia, ne richiese un altro che riconosciuta una placenta previa centrale che dava luogo alla metrorragia, fatto il tamponamento, la rivolse alla clinica ostetrica, ove ricoverò verso sera. La donna affranta di forze,

con p.° 120, R. 40, T. 39, aveva nonostante il tamponamento, un continuo stillicidio sanguigno dai genitali; la dispnea ed il dolore puntorio sinistro s' erano fatti maggiori. Escreati rari rugginosi venivano con pena espulsi, ottusità alla percussione al 3.° inferiore del polmone sinistro, rantolo a piccole bolle nell' inspirazione. La diagnosi era ovvia; pleuro-polmonite sinistra, ch'era pure dimostrata dal modo particolare del respiro. Bisognava provvedere al fatto ostetrico. Tolto il tampone, che era inservibile, s'esaminò la donna. Dai varii dati si constatò una gravidanza al 6.° mese, utero modicamente contratto, scomparsa la posizione vaginale del collo, si penetrava con facilità nei due orificî, ma alle membrane ed al feto non si poteva giungere, stante la presenza di un corpo spungioso sul collo, ch' era la placenta. La donna riferisce che le contrazioni comparvero dopo il 2.° salasso. Battito cardiaco silente. La donna era in soprapparto, evitarlo non si poteva più. Si rifece il tampone e si presero le precauzioni che l'arte suggerisce in questi casi. Il ridestarsi delle contrazioni condussero in breve tempo la donna all'espulsione del feto. Espulsione che fu ajutata dallo scollamento parziale della placenta e rottura delle membrane. Lo sgravio successe alle 2 antim. L'emorragia che fu copiosa nel soprapparto, non ricomparve. È inutile descrivere le smanie di questa donna cui, al grave dolore puntorio, s'accompagnavano le contrazioni uterine, rese più dolorose dalla presenza in vagina di un tampone per varie ore. Il feto, di sesso femminino, premorto, pesava 900 gr., ed era lungo 35 cent. Un notevole abbassamento termometrico si ottenne al mattino del primo giorno di puerperio. T. 37, P. 112, R. 36. Ma intanto al dolore puntorio sinistro se n'era unito uno a destra. Metà del polmone sinistro era stato invaso dalla polmonite, mentre che al 3.° inferiore del destro, oltre l'ottusità, il dolore, si percepiva un rantolo iniziale a piccole bolle. Si fece diagnosi di polmonite doppia. Lo stato in cui era la donna, non poteva far pensare ad emissioni di sangue generali o parziali.

Alla sera la T. era 38, Resp. 40. Non c'era da illudersi. Nello

stato in cui si trovava la donna questi segni del polso e delle termogenesi erano d'esaurimento vitale. Eccitanti, anti-termici, rivulsivi cutanei, erano stati posti in vigore, e tosto il giorno dopo s'osservò una rapida ascensione nei fenomeni. La flogosi dei due polmoni continuò ad aumentare, lo stato di epatizzazione cui erano giunti si fece costante, nessuna tendenza alla risoluzione, insufficiente l'azione del cuore, forze generali che deperivano rapidamente; dal lato dell'utero sorse nessuna complicazione, ma intanto la donna in mezzo a fenomeni d'asfissia distinti soccombeva all'8.° giorno di malattia e 6.° di puerperio. Al reperto necroscopico nulla di notevole s'osservò al cervello ed organi endo-addominali, cuore sano, coaguli agonici nelle cavità, ipertrofia gravidica del ventricolo sinistro. I pizzi delle valvole sani, i polmoni presentavano traccie distinte alla metà inferiore d' epatizzazione rossa, edematosi i bordi inferiori, iperemia nelle parti superiori, sinfisi pleurali di data recente, mentre che nel cavo toracico sinistro s'osservò 2 bicchieri circa di liquido siero-sanguigno.

Osservazione VI. — Registro clinico 1878. N. annuale 54. — Anguilla Anna, donna di casa, abito regolare, costituzione gracile, pluripara, entrò in clinica l' 11 gennaio. Vide l'ultima mestruazione li 14 aprile; bacino normale, battito fetale distinto a sinistra, gravidanza 9.° mese; è in soprapparto, Pres. V allo stretto superiore, sacco integro, stato febbrile accentuato, polso 130, piccolo, filiforme, respiro a tipo costal superiore molto superficiale 40, tem. 38 $^4/_5$ nel mattino al momento d'entrata. Tre giorni fa, narra l'ammalata, fu presa da senso di oppressione, ansia di respiro, legger dolore puntorio al costato destro, contemporaneamente un senso di forte stringimento impediva il passaggio dell'aria alla parte superiore dell'albero respiratorio. Il suo respiro si fece sibilante, impossibile l' ingestione di liquidi o solidi, che non potendo passare venivano retropulsi nelle canne nasali. Leggera cianosi oculo-palpebrale e labiale, edema leggero all'estremità inferiore, afonia.

Esame statico polmonare. — Ottusità completa in basso ai

$^2/_3$ inferiori dei polmoni, risonanza normale in alto, all'ascoltazione rumore vescicolare distinto agli apici, mancante in basso, qualche rantolo sibilante sparso: all'esame laringoscopico nulla si può notare, stante lo stato d'eretismo speciale in cui si trovavano le prime vie aeree, l'introduzione del riflettore era cosa difficile. L'arrossamento delle fauci superiori esistente, non poteva per sè stesso spiegare i gravi fenomeni d'impedimento al passaggio dell'aria, da stenosi laringea. Urine ricche di urati, densità 1026, non albuminose.

Ritornando, per terminarla, alla parte ostetrica, dirò che le contrazioni continuarono forti; essendosi rotto a 7 cent. di dilatazione il sacco amniotico ed espulso rapidamente il liquido, si faceva procidente una voluminosa ansa di cordone ombellicale, il battito cardiaco fetale che s'indeboliva, le leggere contrazioni, lo stato generale della donna, indussero il direttore della clinica a porre termine in breve nell'interesse d'amendue gli esseri al soprapparto. Con un' applicazione di forcipe allo stretto superiore, estraeva un feto asfittico di 2.° grado, riavuto colle cure nostre, di sesso femmina, che pesava 2,600 gr., con una lunghezza di cent. 48. Copiosa emorragia susseguì l'espulsione della placenta, frenata tosto colla compressione aortica e con 2 gr. di segala cornuta. La temperatura della donna dopo il parto era di 38 $^7/_{10}$.

Sarebbe lungo e tedioso il ricordare giorno per giorno l'andamento di questa malattia degli organi respiratori. Pel fatto del parto nessun miglioramento si potè osservare. I fenomeni di stenosi laringea aumentarono, piccoli rantoli si fecero sensibili nelle parti ottuse dei due polmoni. Rantoli secchi copiosi in alto, termogenesi sempre elevata alla sera. Inalazioni dissolventi con cloruro di sodio e morfina, preparati antimoniali ed eccitanti polmonari pel fatto profondo delle vie aeree.

La diagnosi fu di laringo-bronchio-polmonite, la di cui natura anatomo-patologica ancor ci sfuggiva. Al 2.° giorno in mezzo a conati di tosse, in seguito alle numerose inalazioni la donna espelleva un pezzo di pseudo-membrana che fu esaminata dal-

l'amico Graziadei. All'esame fatto in seguito di queste e di altre pseudo-membrane rejette, di forma rettangolare, esse si mostravano bianche, spesse e resistenti, composte di cellule semoventi, bianche, deposte tra le maglie di un tessuto fibrillare. Si prescrissero inalazioni di acqua di calce ed acido lattico a scopo dissolvente.

Diventato possibile l'esame laringoscopico, si osservò tumefatta la mucosa laringea ricoprente le corde vocali, e ricoperte in molte parti da pseudo-membrane. Continua l'afonia.

Nella sera del 5.° giorno di puerperio, fu presa da senso di soffocazione generale. Numerosi rantoli a grosse bolle si stabilirono nella respirazione, aumentava la cianosi: somministrata l'ipecaquana in infuso ad alta dose, ebbe vomiti ripetuti di mucosità puriformi con pseudo-membrane; cessò tostò l'ambascia estrema e diminuì la pioggia di rantoli umidi. Dal lato dell'utero, puerperio normale.

Stante il protrarsi ed il carattere della malattia la donna venne trasportata nella clinica propedeutica diretta dal professor Bozzolo, ove fu confermata la nostra diagnosi, non solo in una seduta clinica del professore, ma pure col reperto necroscopico che si fece il giorno dopo la morte dell'inferma — e di cui non ho i particolari.

Osservazione VII. — Clinica medica dell'Università di Torino. Letto N. 369. — Debbo alla gentilezza dell'amico professor Bechis, che allora dirigeva la clinica medica, la pubblicazione di questo importante fatto clinico, cui presi parte dal lato ostetrico nello sgravio. I miei sinceri ringraziamenti all'amico. Ecco i dati che raccolgo dal memoriale clinico.

Chiapello Maddalena, d'anni 28, lavandaja. Pluripara, non ricorda malattie gravi prima di questa; mestruata a 15 anni, passò a marito a 17 anni; conta due gravidanze con due parti normali. È ora in corso della sua terza gravidanza che giunge al principio del 5.° mese. Sette giorni prima dell'ingresso nell'ospedale fu presa da malessere generale, stanchezza, dolori vaganti muscolari, sintomi che rimanevano stazionarii, quando

tre giorni dopo (1.° aprile) fu colta da brivido intenso, forte dolore puntorio al torace, tosse con escreato rugginoso, febbre alta.

Ricovera alla clinica li 4 aprile. Accusa dolore specialmente nell'inspirazione sotto la mammella sinistra. Temp. 38, P. 112, Resp. 36. Nulla di notevole si rileva anteriormente al torace, posteriormente a sinistra, normale la percussione alla regione scapolare, ipofonesi timpanica leggera in basso, si percepisce il rumore vescicolare in alto, mentre alla metà si sente respirazione bronchiale ed in basso alla base silenzio quasi assoluto. A destra, sonorità normale con rantoli, russanti, sparsi. La temperatura saliva alla sera a 40° e frazioni, per discendere quasi sempre di un grado. Questo stato di cose durò per vari giorni senza sensibili variazioni. Nella notte del 17 aprile, ai fenomeni dell' affezione polmonare sinistra, s' aggiunsero pure quelli del lato destro. Un vivo dolore puntorio preceduto da brivido intenso segnalò la nuova invasione della polmonite. Alla visita del mattino i segni statici dell' affezione erano chiari. Alla sonorità primitiva normale si sostituiva un' ottusità, che cominciando da tutte le parti della 7.ª costa destra veniva in basso. Distinti si fecero in questo punto il respiro bronchiale, rantoli cricchianti ed un rumore di soffregamento pleurico. È inutile l' aggiungere che questa inaspettata recrudescenza fu pure causa di deterioramento nelle forze generali.

Al mattino del 18 qualche leggero dolore uterino con deboli contrazioni segnalarono la probabilità d'un parto vicino. I fenomeni di dispnea nella notte s'erano aumentati, il delirio insorto aveva tenuta la donna senza sonno. Chiamato alle ore 9 per provvedere al trasporto dell'inferma nella clinica ostetrica, non permettendolo le regole dell'ospedale in cui si trovava lo sgravio, avvicinatomi alla gravida, m' accorsi che l' utero era fortemente contratto. Vivi dolori espulsivi tenevano la donna. Mentre volevo esplorarla, vedo una parte dell' uovo che si fa prospiciente alla vulva. Ho tempo appena a chiudere le cortine del letto, che lo svuotamento dell' utero succede improvviso,

espellendo l'uovo integro col feto che dentro si muoveva. Erano con me i dott. Percival e Graziadej, assistenti della clinica medica. Rotto il sacco, estrassi il feto cui prestai tosto le solite cure igieniche. La lunghezza sua era di cent. 30. Al peso non potei badare stante che subito venne dalle monache portato via dalle sale, e vivo consegnato all' Ospizio dell'Infanzia abbandonata. Tutto ciò successe in brevissimo tempo, ed il parto si ordì in modo veramente silenzioso. Causa forse i maggiori dolori che la donna provava pel fatto della polmonite, nonchè della poca percezione che aveva pel delirio cui era ognora in balia. Alla sera s'osservò tosto un ribasso leggero nella termogenesi (T. 38,8).

Nei giorni susseguenti seguitava l' abbassamento della termogenesi ed il miglioramento dei fenomeni generali, tolta la funzione cerebrale. A sinistra qualche rantolo così detto di ritorno, cominciava a percepirsi, a destra soffio bronchiale esteso alla metà inferiore, i dolori puntorii quasi scomparsi, sputi sierosi con qualche stria crocea, le forze continuavano ad essere debolissime ed il delirio nella notte, nonostante la terapeutica eccitante, continuava ognora.

Nel mattino del 22, credo sotto l'azione dello sconcerto cerebrale, la donna fece tentativi di scendere dal letto. Si scoprì, tosto ricomparve la tosse ed il giorno dopo un nuovo brivido verso le 3 pom. con risacerbazione dei sintomi tutti indicava un deterioramento nella malattia. La temperatura al mattino 39° saliva di nuovo alla sera a 40°. Cessava però il delirio ed in mezzo alla solita altalena dei sintomi che tiene queste gravi affezioni, la donna giungeva al 1.° maggio con reali sintomi di miglioramento. Miglioravano le condizioni generali e locali del polmone, si stabiliva una vera apiressia; vedo dalle curve termometriche che esse non salivano alla sera a 38°. Benessere generale, quando in mezzo a questa lusinghiera fenomenia accentuata ancora più nel diario clinico alla visita della sera (T. 37-8, P. 80. R. 36, cessata la diarrea, poca tosse, diminuita l'espettorazione, senso di benessere) la donna improvvisa-

mente moriva alle ore 10,49 pom. Nulla si osservò dal lato dell'utero e suoi annessi nel puerperio.

Risultato dell'autopsia praticata 20 *ore dopo il decesso.* — Trascrivo solo i punti principali. Nulla di notevole nel cervello. Al *cuore* discreta quantità di liquido nella cavità pericardica, parete del cuore destro inspessita, l'endocardio verso la base è solcato da strie biancastre, pizzi della tricuspidale leggermente nodosi, sigmoidee polmonari sane, coaguli recenti nelle cavità, ventricolo sinistro dilatato, pareti inspessite, tinta giallognola, sclerotici i muscoli papillari, injettato l' endocardio, sigmoidee aortiche rigide, placche giallastre all' origine dell' aorta, bordi della mitrale inspessiti; cavo pleurale sinistro, leggera raccolta di siero, sul lobo polmonare sinistro inferiore pseudo-membrane fibrinose, enfisematosa la parte anteriore del polmone, congesto ed edematoso il polmone nelle sottostanti porzioni; alla parte inferiore sono distinti i caretteri dell'epatizzazione rossa: *polmone destro* pure enfisematoso, inferiormente coi segni dell'epatizzazione rossa, in alcuni tratti si osservano i caratteri distintivi del passaggio alla così detta epatizzazione grigia, utero ridotto, nulla nei parametri.

Osservazione VIII. — Inedita. Tolgo la narrazione di questo importante fatto clinico dal Registro speciale delle malattie più importanti dal prof. Tibone curate nella sua pratica. L'osservazione verte su d'una polmonite studiata in donna gravida allorchè il Tibone eserciva ad Altavilla Monferrato. La diligenza e scrupolosa esattezza con cui è scritta nel manoscritto la renderebbe degna d'essere per disteso pubblicata. Io ne tolgo i punti più salienti, ringraziando l'egregio prof. del favore concessomi.

T. M. d'Altavilla, d'anni 35, costituzione robusta, abito cardio-cefalico, ebbe la prima mestruazione a 17 anni, passò a marito a 25 anni e non è che dopo due gravidanze che godette del beneficio mestruo. Sulla fine della 2.ª gravidanza ammalò di bronchite, per cui venne salassata due volte. Sorpassò felicemente la crisi e portò a termine e regolarmente la ge-

stazione in corso. Non ricorda altre malattie di rilievo; di misera condizione e negligente d'ogni riguardo igienico fu d'allora in poi sempre un po' tossicolosa e soggetta a dispnea, cui però giammai pose mente. Una terza gravidanza fu portata in mezzo a queste condizioni a termine, senza fenomeni di rilievo che la ostacolassero. La data della sua ultima mestruazione, fu sul finire d'aprile. La gravidanza in corso s'iniziò senza fenomeni simpatici. La data dei moti attivi non è dalla donna precisata in modo ragionevole. In ottobre allo spuntar dei primi freddi, la tosse da cui era molestata sin dalla 2.ª gravidanza, retaggio della patita bronchite, s'accrebbe notevolmente in modo da produrre la perdita involontaria delle urine sotto gli sforzi incessanti.

La bronchite andò così aumentando sempre trascurata sino alli 17 gennaio, giorno in cui un brivido intenso prolungato, con forte dolore puntorio al costato sinistro, dispnea, espettorazione crocea la obbligarono al letto ed a ricorrere finalmente alle cure mediche. Questi vari fatti, e l'esame statico dell'organo ammalato posero tosto sull'avviso il dott. Tibone, trattarsi di bronchite doppia con pleuro-polmonite sinistra. Constatò inoltre una gravidanza sul principio del 9.º mese. L'utero saliva col fondo all'ipogastrio, e l'abnorme sviluppo, nonchè il distinto senso di fluttuazione percepito alla palpazione posero il curante sull'avviso di trattarsi pure d'una complicazione d'idramnios. Al brivido era successo senso di calore e facilmente colla palma della mano si poteva percepire l'alta termogenesi febbrile. Il polso era ampio, vibrato, frequente con respiro greve ed affannoso. Insieme al salir della febbre, ed al brivido la donna fu presa da lievi dolori ai reni, susseguiti tosto da distinte contrazioni uterine in modo che stabilitosi il soprapparto sei ore dopo l'invasione pneumonica, essa partoriva un feto maschio, gracile, poco sviluppato che sembrava avere appena superato l'8.º mese di vita. E ciò, come la donna riferisce quasi senza accorgersene. Era allora in voga ancora la cura col salasso della polmonite, e la crociata banditaci contro era appena in fascie.

Per cui il curante pagò pure il suo tributo alle idee scolastiche regnanti, e provvide tosto con un moderato salasso ed una pozione coobata di lauro ceraso alle prime indicazioni. Per favorire la lochiazione prescrisse applicazioni tiepide sul ventre. Nella sera tardi per la medesima incisione fece una nuova emissione di sangue. Ciò succedeva il 18.

Al mattino del 19 le cose volgevano al meglio. Diminuita la dispnea, rialzate le forze generali. Era però aumentata l'ottusità a sinistra, ed il rantolo a piccole bolle iniziali mostravasi ognora distinto; fu fatto un nuovo salasso e si prescrisse il tartaro stibiato a dose deprimente. Dal lato dell'utero le cose non presentavano irregolarità notevoli.

Al mattino del 20, continuarono le condizioni generali e locali a migliorare, la polmonite seguiva le sue fasi, al rantolo s'era sostituito il soffio bronchiale nell'area polmonare ottusa, tolto lateralmente in basso, in cui permetteva un limitato crepitio, sputi meno rugginosi e più aerati. Si ripete il tartaro stibiato.

Il 22 l'ammalata era in buone condizioni; scomparso il dolore puntorio; diminuita la febbre, più lento il polso, più regolare il respiro, nulla al cuore, alvo libero, puerperio normale. Nella notte del 23 la donna essendosi scoperta senza riguardo, com'era sua abitudine, per porgere il seno al bimbo, ebbe una riaccesa fortissima nei sintomi polmonitici. Ricomparve il dolore puntorio e con lui i fenomeni tutti di una riacutizzazione nel processo flogistico. Coi mezzi adatti si vinse anche questa nuova ricaduta; e la donna edotta dall'esperienza seguì un po' meglio i consigli del medico.

Il 26 il rantolo così detto di ritorno s'era stabilito, s'era spenta la febbre, scomparsa l'ambascia, diminuita la tosse, espettorazione muco-giallognola abbondante e facile. In pochi giorni s'iniziò la convalescenza e la puerpera si ristabilì prontamente. Il puerperio in sè stesso decorse ognora normale, come s'era iniziato nei primi giorni.

Quadro riassuntivo delle polmonite raccolte e studiate prima della fine del 6.° mese di gravidanza.

Tavola I.

Nome degli Autori	Numero delle osservazioni	Esito della gravidanza		Esito della vita materna		Luogo ed autori da cui si raccolsero le storie cliniche	OSSERVAZIONI
		Interruzione	Continuazione	Guarigioni	Morti		
Mauriceau . . .	2	2	—	—	2	Traite d'Accouchements. Paris 1738.	Observations. Tom. 2-360-472.
Grisolle	13	5	8	9	4	Traite de la Pneumonie. Paris 1844.	Delle gravide guarite in due sucesse l'aborto. L'aborto sucesse 3 volte prima della 6.ma.
Bourgeois . . .	8	5	3	7	1	Influence de la Grossesse sur les maladies des Femmes. Paris 1862.	Quattro delle guarite abortirono.
Chatelain. . . .	2	—	2	2	—	Journal de Medecine de Bruxelles, 1870.	La gravidanza fu in amendue portata felicemente a termine.
Reclus	4	1	3	3	1	De la Pneumonie dans la Grossesse. Paris 1875.	
Clinica Medica della R. Università di Torino.	1	1	—	—	1	Registro Clinico. 1878.	
Clinica Ostetrica di Torino .	4	1	3	3	1	Regis. Clinici. Anni 1874-75, 75-76, 76-77, 78-79.	Non ho potuto riportare in disteso le storie avendole trovato solo accennate essendo le polmoniti sucesse fuori della Clinica.
TOTALE	34	15	19	24	10		

Polmonite acute e loro esito nell'ultimo trimestre della gravidanza.

Tavola II.

Nome degli Autori	Numero delle osservazioni	Esito della gravidanza		Esito per la vita materna		Luoghi ed autori da cui si raccolsero i fatti clinici	OSSERVAZIONI
		Interruzione	Continuazione	Guarigioni	Morti		
Mauriceau . . .	1	1	—	—	1	Traite d'Accouchements. Loc. At.	Tom. 2. Osservazione 527.
Grisolle	5	4	1	1	4	Traite de la Pneumonie.	
Bourgeois . . .	4	3	1	3	1	Influence des maladies dans la Grossese.	
Chatelain . . .	1	1	—	1	—	Rechecches sur la Pneumonie. Journal de Medecine. Bruselles, 1870.	
Ricau	6	2	4	3	2	De la Pneumonie dans la Grossese.	In un caso non è notato l'esito della vita della madre.
Tibone	1	1	—	1	—	Inedita. Comunicazione.	
Bergesio	1	1	—	1	—	Dell'aborto e parto provocato. Torino, 1876.	
Clinica Ostetrica	1	1	—	—	1	Registri Clinici, 1876-77.	
TOTALE	20	14	6	10	9		

Meccanismo e prognosi della polmonite nella gravidanza. — Per viemmeglio spiegarci e studiare il meccanismo e le modificazioni che subisce l' organismo gravidico pel fatto della polmonite, e viceversa questa malattia per lo stato di gestazione, ho voluto scindere in due distinti quadri lo studio riassuntivo dei vari casi di polmoniti gravidiche da me raccolte, cosa che farò pure per le altre affezioni polmonari, quadri che corrispondono a 2 epoche distinte della gravidanza. Nel primo compresi le polmoniti che scoppiarono e decorsero prima del 180.° giorno di gravidanza, nel 2.° quelle che s' osservarono nell'ultimo trimestre. La ragione è chiara. Alcune espressioni cliniche che possono avere interpretazione in una data epoca pei fenomeni stessi gravidici, non la trovano più nell'epoche ulteriori. Così a nessuno può saltare in capo che l' asprezza speciale, l'esito infausto di cui sono dotate le polmoniti prima del 7.° mese, nel 3.°, nel 4.°, nel 5.°, debbano ritenersi dipendenti da fenomeni di compressione uterina, da stasi, da rallentamento di circolo. La gravezza nota che assume la polmonite nella gravida prima ancora che entrino in scena queste variazioni fisiologiche, tra cui la pretesa diminuita funzione polmonare, già posero in pensiero i clinici passati; per ciò essi furono portati a cercarli in fatti differenti. E non trovando un giusto criterio emisero un'espressione generale: doversi ciò alle modificazioni che la gravidanza imprime all' organismo. Il fatto della maggiore asprezza delle malattie acute in genere in quest' epoca autorizzò questa generica interpretazione. Non si cercarono i fattori diretti. Si prese il complesso. Non si discusse. Da ciò sorsero naturalmente dei dubbi terapeutici, specialmente sull'intervento ostetrico; quindi non è da stupire che autori come Grisolle, ammettendo la gravità del morbo maggiore, ed annuendo doversi ciò allo stato speciale della gravidanza, pure non possano risolversi a far cessare la causa che aggrava la polmonite, non trovandola abbastanza specifica per tranquillizzare l'animo loro sull'operato.

Constatato il fatto, lo studio del grado della complicanza lo

farò in seguito. Indaghiamo per ora il motivo di questa diminuita resistenza vitale alle cause meccaniche: già dissi il perchè non credo doverci prestare quella fede che taluno vorrebbe.

Naturale allora sorge la dimanda dove debba rintracciarsi il fattore di questo modo di comportarsi nell'andamento della polmonite gravidica. Il polmone soffre variazioni essenziali istopatologiche tra il polmone infiammato gravidico e l'extra-gravidico? Dei polmoni, vere ghiandole a gruppo composte, lo studio intimo anatomico normale non è ancor completo. È ammesso da tutti un parenchima secretore formato dalle ramificazioni bronchiali, con le loro terminazioni o vescichette polmonari, disposte in modo, che ad ogni ramo bronchiale corrisponda non una celletta aerea sola, ma bensì un gruppo di camerette, gruppi dal Rosignol designati sotto il nome d' *infundibula.* Questa disposizione mercè la divisione dicotomica dei bronchi è quella che dà l'aspetto d'un vero albero capovolto. Ricco di vasi e di nervi, l'aprirsi di varie cellette aeree in un sol bronco minore, e di questi in altri maggiori, spiega il rapido diffondersi dei processi acuti polmonari. Un tessuto interstiziale separa tra di loro queste parti nel medesimo tempo che li aggruppa in lobuli di vario ordine (Kölliker). Che io mi sappia non trovo autore ch'abbia accennato a variazione anatomica in questa disposizione pel fatto della gravidanza. So che si questiona tra gli istologi per l'esistenza d'un epitelio rivestente la membrana fibrosa che forma gli alveoli polmonari. Henle ed Hebert lo trovarono negli animali inferiori. Gli studi degli istologhi recenti ci porterebbero a negarne l'esistenza negli alveoli polmonari umani; benchè, per citarne alcuni tra i fautori della presenza, Cornil e Ranvier la ammettano. La presenza di elementi muscolari speciali nel tessuto poco elastico delle cellule polmonari dà pur luogo a divisioni nella scienza. Così Molescott ed Hirschman ne sarebbero fautori, mentre che Kollicher giammai ha viste queste striscie muscolari. La mancanza di epiteli polmonari ci porterebbe a porre in dubbio la polmonite catarrale propriamente detta, od almeno a modificarne l'espres-

sione, e renderebbe problematica l' esistenza d' una polmonite desquamativa dal Bull pel primo descritta. Nelle varie autopsie fatte di donne gravide morte di polmonite si trovarono ognora i polmoni ai vari stadii anatomo-patologici propri della polmonite extragravida. Per cui se la natura istologica normale e la patologica non variano pel fatto della gestazione è chiaro che la causa della maggior gravità della polmonite in questione non si deve cercare in uno stato speciale creato dalla gravidanza ai tessuti propri, componenti l' organo. Al postutto ciò che dai fisiologi fu trovato, la tendenza alla trasformazione grassa aumentata nella gestante, ci porterebbe per analogia ad ammettere che nelle polmonite, il parenchima dell'apice polmonare più facilmente camminasse verso questo esito; tendenza che noi sappiamo esistere in tutti gli stati normali od anormali di questa parte del polmone, perchè meno in funzione e meno irrorata di sangue.

Seguitando ad investigare da dove parta l'aggravarsi della polmonite, bisogna per maggior chiarezza dividerne lo studio in due parti; e due sono i problemi che alla mente si affacciano. Primo; qual è il movente nella polmonite che determina per l'ordinario la contrazione uterina e lo sgravio? Secondo; qual'è la causa che sì riserbata rende la prognosi dell' esito, vuoi per la madre, vuoi pel feto?

Il modo di comportarsi dell' organismo ammalato è sino ad un dato punto in relazione col sano. Per cui tra le cause che fisiologicamente conducono allo sgravio l'utero gestante a termine, e quelle che nei processi acuti producono l'interruzione prematura della gravidanza deve esserci relazione. La causa del parto fisiologico sfugge tuttodì alla scienza. Le varie interpretazioni date sono per gli ostetrici allo stadio di mere ipotesi, ipotesi che vanno man mano moltiplicandosi, poca luce portando in questa discussione.

Variamente fu interpretato per riguardo alla polmonite l'aborto ed il parto prematuro. Lasciando da parte gli sforzi di tosse che secondo gli antichi produceva la contrazione pel

moto che imprimeva all'utero, opinione sostenuta da Mauriceau e più vicino a noi da Caseaux e dal Churchill e che la semplice osservazione clinica dei catarri bronchiali ostinati con tosse molestissima e continua per mesi senza veruna contrazione uterina, basta a distruggere, veniamo a quelle che basandosi su d'un fondo fisiologico e su prove sperimentali si fanno raccomandare specialmente. Possono ridursi a tre: — l'alta termogenesi in genere per l'interruzione della gravidanza nei processi acuti, l'anemia arteriosa e l'ipercarbonizzazione del sangue in specie pei fatti pneumonici acuti o lenti. Tutte e tre queste cause hanno fondamento scientifico, non però in ugual grado.

Oser e Schlesinger colle loro esperienze dimostrarono che allorquando si anemizza il centro automatico da cui partono i moti uterini, l'utero si contrae. Ogni eccitazione portata su questo centro spinale ne produce la contrazione. Il fatto dell'anemia arteriosa portando seco la congestione venosa nella vita e quindi l'ipercarbonizzazione della parte nervosa regolatrice in discorso, ne succede che queste due cause si confondono nell'azione e negli effetti. Il fatto però dell'essere messo in dubbio l'esistenza di questo centro, ci fa restii ad ulteriormente diffonderci sull'analisi di quest'esperienza ed a dedurne per analogia conseguenze. Prove più certe, più dirette militano in favore dell'ipercarbonizzazione sanguigna diretta, dal Brown-Sequard, ammessa come produttrice della contrazione dell'utero, e quindi come agente da cui parte lo stimolo dello sgravio.

Oltre le esperienze del fisiologo inglese dimostranti il potere del sangue venoso sovraccarico di gaz acido carbonico sulla contrazione dei muscoli della vita animale e della vita organica (Brown-Sequard, Du sang veineux comme excitateur de certains mouvements. Compte rendu de la société de Biologie de Paris, 1849. Récherches experimentales sur le proprieté et les usages du sang rouge et noir. Academie de sciences, 1877), abbiamo pure i fatti clinici che ci portano a trovare in questa teoria il modo di comportarsi dell'utero nelle gravi polmoniti. In quasi tutte le osservazioni che ho letto, fu osservata

la contrazione uterina nei periodi più salienti della malattia. E con me gli autori tutti che se ne occuparono.

Lasciando da parte le prove ottenute dallo Scanzoni colla doccia uterina carbonica, poggiandosi sul fatto del contrarsi dell'utero negli ultimi momenti della vita, semplicemente su ciò che si osserva nella polmonite acuta, si può a priori accettare come più probabile la spiegazione offertaci dal Sequard.

Pel fatto stesso della gravidanza noi abbiamo veduto accumularsi nell'organismo il gaz acido carbonico. Al 5.° mese nella respirazione noi lo troviamo già a 28. Ora dato un inceppo nella superficie esalante che servì di spurgo per l'organismo di questo gaz, in breve l'accumulo fisiologico diventa patologico, e l'organismo ne subirà gli effetti. E che così succeda è chiaro. Infatti nella polmonite noi vediamo che man mano si aggrava, man mano si estende, si fa maggiore la dispnea pel bisogno dell'organismo di scambiare i gaz. Finchè la lesione polmonare è limitata, l' organismo in questo modo provvede. Ma avanzandosi la lesione e sottraendo nuove provincie alla respirazione, il maggior lavorìo dei muscoli respiratori, prodotto già esso stesso dall'effetto dell'accumulo di acido carbonico nel sangue, non basterà più ai bisogni organici. Più rapido è il decorso della malattia, maggiore è l'asfissia e minori sono contro essa le resistenze organiche dei tessuti materni e fetali. Questo fatto è tuttodì dimostrato dall' osservazione del comportarsi della madre e del feto nelle affezioni lente polmonari, su cui ritorneremo. Il salire di gaz acido carbonico del sangue serve di termometro alla misura delle forze vitali in senso inverso; ed ammessa la sua azione sulle fibre liscie dimostrata dal Brown-Sequard, si spiega la relazione che vi esiste tra il suo accumulo nel sangue e la contrazione uterina. Comincia l' utero ad indurirsi nell' acme di quest' anormale eccitazione; se una crisi libera le vie polmonari, libera l' organismo dal gaz, od il processo s'arresta nell'invasione o le forze generali sono sufficienti a compensare con maggior lavoro la perdita, l' utero ritorna in riposo. Ma ove la causa

continui, aumenti in forza, allora la contrazione pure s'accresce e si stabilisce in modo duraturo.

Ecco a ciò che approdano, confermate dai fatti della polmonite, le esperienze del Brown-Sequard. So che i risultati furono infirmati dal Nysten e Longet. Secondo essi il gas acido carbonico produrrebbe l'effetto contrario; darebbe luogo sui muscoli e specialmente sul cuore non a contrazione, ma a rilasciamento. Si può osservare che il cuore *ultimum moriens*, è l'ultimo a contrarsi pure nell'asfissia, allorchè gli sfinteri tutti sono rilasciati, e gli organi già riposano. E questo modo di comportarsi del cuore allorchè l'ossidazione dei tessuti più non succede, e che l'organismo è già in preda all'ipercarbonizzazione del sangue, mi sembra favorisca le idee del Brown-Sequard. Infatti se l'acido carbonico od almeno il sangue venoso deprimesse, le agonie dovrebbero essere più brevi, ed il cuore arrestarsi molto più per tempo che non fa, mentre lo vediamo opporre una tenace resistenza alle cause lente di asfissia. Il fatto poi constatato, e lo ripeto, della contrazione uterina negli ultimi momenti della gravida, allorquando tutti i fattori probabili della contrazione, compresavi la termogenesi, sono cessati, ed unico rimane il sovraccarico sangue di acido carbonico, è prova, almeno più certa delle altre, dell'azione speciale di questo gaz sulla fibra uterina. Per me la causa della contrazione fisiologica, e specialmente la continua del parto, non va cercata in un solo elemento, ma nell'unione complessiva di varî.

Il dott. Marcellino Maggia, assistente alla Clinica Ostetrica padovana, in un lavoro uscito nello « Sperimentale di Firenze, » anno 1878, tratta la questione dello stimolo da cui partirebbe il parto. Naturalmente per creare bisogna demolire. Quindi prima d'esporre il suo modo di vedere, per esclusione elimina le varie teorie e giunto a quelle del Brown-Sequard s'arresta e la passa a disamina come quella che poggiando ad esperienze fisiologiche presenta maggiori probabilità. Il Brown-Sequard scrisse, che giunte le fibre uterine ad avere il massimo

grado di eccitabilità sarà sufficiente l'ipercarbonizzazione del sangue uterino per produrne la contrazione. Il Maggia confuta quest'idea, appoggiandosi sull'incontestabile autorità anatomica del Sappey, accennando giustamente al fatto del trovarsi nell'utero a termine, fibre muscolari a tutti i periodi di loro formazione, e che all'8.° mese già vi sono elementi giunti al loro pieno sviluppo e quindi suscettibilissimi, secondo il Sequard, di contrazione.

La dimanda e l'osservazione stanno: però esse sono per me spiegabili in altro modo. Non è alla fibra che manchi la predisposizione, ma è forse la tensione carbonica, che ancor fa difetto. Man mano che l'utero si sviluppa, nello strato vascolare maggiori si fanno i seni venosi, aumenta la superficie placentare, arriva maggior copia di sangue. La stasi venosa si fa più grande. Quando quest' accumulo nell'utero arriva ad un certo punto, o per via riflessa sul centro spinale, o direttamente pei gangli uterini, l'utero irritato da quest'agente entra in azione.

Il fatto delle contrazioni che succedono già nel settimo, ottavo ed al principio del nono mese, dimostra che l'utero è già, durante lo sviluppo suo, impressionato dalla causa contrattile. Il diminuito campo esalante nelle polmoniti varie e tubercolosi, producendo lo sgravio sin dai primi mesi della gravidanza, dimostrano che la fibra non ha bisogno di raggiungere un dato sviluppo per risentirsi degli effetti dell'ipercarbonizzazione. Quest' ipercarbonizzazione maggiore nell' utero per l'esistenza dei seni, e pel modo con cui vi si fa il circolo, spiega perchè quest'organo pel primo ne subisca la triste influenza. Aumentata l'esalazione polmonare carbonica, cessa la contrazione; diminuito in volume l'utero, chiusi in parte dopo lo svuotamento i seni venosi manca lo stato contrattile e succede facile l'inerzia uterina. Il coincidere delle prime contrazioni coll'aumento della massa sanguigna uterina, e con lo sviluppo maggiore dell'organo, come già dissi pel maggior richiamo di sangue che ne fa il feto pe' suoi bisogni, sono pure da non disprezzarsi per certo.

Ma vi ha di più nel lavoro del Maggia. Mentre merita plauso per lo spirito ricercatore e per lo studio impiegato esso non ha cercato di premunirsi contro le obbiezioni, ed in alcuni punti ritorce contro a sè stesso le armi usate per combattere gli altri. Per lui dall'aumento della termogenesi uterina, partirebbe pure lo stimolo contrattile uterino, stimolo che verrebbe percepito dagli elementi uterini giunti nella gravidanza a termine, ad un grado dato d'eccitabilità, pel processo di nuova formazione ed ipertrofia che ha luogo durante il periodo evolutivo. Poggia questa asserzione su 10 osservazioni cliniche in cui avrebbe trovato aumentata la temperatura vaginale e del cavo uterino da qualche frazione di grado sino ad un grado.

Esaminiamo se questo fatto da lui ammesso solo nell' utero gravido e su cui fonda la sua teoria non sia invece fatto prettamente fisiologico e proprio dell' utero anche fuori dell' atto di gestazione.

Dagli studi di Rosentall si distinguono tre zone per la temperatura. L'una esterna, la pelle; la seconda intermedia, cavo ascellare e popliteo; la terza interna, retto, vagina ed in genere quella delle cavità interne del nostro corpo. Di queste 3, la sola costante sarebbe l' interna, come fu dimostrato da studi clinici, fra cui mi compiaccio accennare quelli fatti presso noi, dal Concato a Padova, da Fiori e Graziadei nella Clinica medica di Torino. Fra le due prime si osservano sempre differenze; secondo il Concato s' osserverebbero fisiologicamente persino variazioni tra un lato e l' altro del corpo; variazioni, che benchè in grado minore furono pure constatate da Fiori e Graziadei che rifecero questi studi per confutare l'asserzione di Duval e Landrieux che nei casi di affezioni pleuro-polmonari, scrissero esservi ognora dal lato ammalato un aumento di temperatura. (Fiori e Graziadei « Sulla termometria delle ascelle e degli spazi intercostali nelle malattie di petto ». Torino 1879).

Dai quadri termometrici uniti al lavoro si rileva, come pure dagli studi del Senator, Wegscheider e Concato, esservi ognora

la differenza di un grado tra l'intermedia e l'interna. E talora in più. Prendendo quei casi in cui la temperatura ascellare di più si avvicinava al normale variando da 36 $^{6}/_{10}$ a 37 $^{3}/_{10}$ e presa contemporaneamente al retto, si avrebbe che su 73 volte in cui si fece questo studio in condizioni normali termometriche, la temperatura rettale era sempre superiore di $^{5}/_{10}$ ad un grado e talora lo sorpassava. Nei casi poi di febbre, questo squilibrio tra la temperatura rettale e l'ascellare, non era più così sentita. Le osservazioni furono fatte in persona dagli amici sperimentatori, con pazienza e diligenza e con termometri clinici campionati, cose tutte che sono pegno di certezza nelle ricerche.

Per cui il fatto trovato dal Maggia è prettamente fisiologico e proprio delle cavità interne, quindi pure dell'utero fuori dello stato di gestazione. Le osservazioni dei clinici furono fatte in donne non gravide. Constatato questo fatto, possiamo ancor dire, che le lievi differenze dall'autore trovate nel sopraparto, possono essere effetto e non causa della contrazione. È fatto dimostrato che ove c'è maggior lavorìo, vi ha maggior sviluppo di calore. Per cui il ventricolo durante la digestione è in preda ad una febbre fisiologica; aumenta in una parte infiammata il calore, e quindi per analogia l'utero che nella gravidanza e specialmente poi nel parto è sede di maggior vita, deve avere una termogenesi superiore alla normale. È noto che nel soprapparto la temperatura ascellare può salire a 38 ed anche più senza uscire dai limiti d'un parto fisiologico. Quindi l'utero può subire aumento di calore sempre per effetto del travaglio. Partendo dal criterio del calore come produttore di contrazione, i parti prematuri, gli aborti dovrebbero essere all'ordine del giorno; cosa che fortunatamente non succede, essendo del continuo l'utero in stato di aumentata termogenesi; termogenesi che può facilmente portarsi a 39-40 allorquando uno squilibrio passeggero disturba la salute della gravida e ne porta rapidamente la termogenesi ascellare a 38-39-40. La donna porterebbe seco una continua minaccia di parto prematuro pronto ad ogni pie' sospinto a scoppiare. (*Continua*).

CASUISTICA OSTETRICA

PER IL

Prof. DOMENICO CHIARA

L'EVOLUZIONE SPONTANEA, LA VERSIONE E LE SUE CONTROINDICAZIONI

In una Memoria dal titolo « La evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione » pubblicata l'anno scorso negli Annali universali di medicina e chirurgia, diretti dal prof. A. Corradi, dopo detto che il pratico deve talvolta fare a fidanza con l'evoluzione spontanea, perchè più frequente e meno difficile di quanto generalmente si suppone, io scriveva, a pag. 16, quanto segue . . . . . » domando insomma che non s'incateni il pratico con quella specie di dogma ch'è nelle parole « on ne doit jamais y compter » (sull'evoluzione) lasciandogli soltanto la libertà di rompere la vagina o l'utero, contundere o schiacciare il feto con la versione, quando pur riesce, oppure appigliarsi all'embriotomìa quando lo strapazzo della donna, le lesioni prodotte da' tentativi pregressi, l'incoato collapso, lo faranno certo di una catastrofe più o meno vicina. Il vincolo di un precetto così assoluto è per i pratici non specialisti tanto maggiore in quanto che il modo, a nostro avviso, poco razionale di porre le indicazioni quando, presentandosi la spalla, la versione è detta impossibile, il proclamare cotesta embriotomìa, atto operativo grave, pericoloso, difficile, il confortare la sentenza con lugubri statistiche attribuibili a'precedenti l'embriotomia, non a questa,

fan riguardare l'embriotomìa come l'*ultima ratio*, direi quasi rimedio peggior del male. — Di qui hanno origine que' violenti, ripetuti tentativi di rivolgimento (sia il feto vivo, o morto), i cui tristi e talvolta disastrosi effetti è chiamato con certa frequenza a constatare chi si trova in un campo favorevole, quale un ospizio di maternità.

Da parte mia ho dovuto farmi convinto coi fatti che l'opera dei pratici ha quasi sempre, ne' casi di cui è parola, per norma dirigente la convinzione *che tutto si debba tentare per ottenere il rivolgimento, insegnando le autorità ostetriche che sull'evoluzione spontanea non hassi a contare mai e che l'embriotomìa è rimedio da serbarsi all'ultimo en déspération de cause* .... Gli è così che i precetti assoluti, o troppo uniformi de' libri hanno la loro parte di colpa ne' disastri cui non di rado occorre di deplorare ne' casi di presentazione della spalla a'quali l'arte mette mano. »

Erano scritte da poco queste parole che una serie di 11 casi di presentazioni viziose veniva direttamente, o indirettamente a confermare o tutti, o in parte, i principii teorico-pratici svolti nell'accennata Memoria.

Credo perciò metta conto ricordarli, questi principii, in un giornale come il nostro, dedicato specialmente all'ostetricia, e parmi che il modo migliore di provarne l'importanza sia quello di riferire alcuni fatti clinici; ho scelto i tre che seguono perchè mi parvero i più dimostrativi.

Primo fatto.

Secondipara. — Gravidanza verso il termine del 7.° mese: parto prematuro spontaneo. — Presentazione del piano laterale. — Tentativi di rivolgimento ripetuti da 4 medici: strappamento del braccio; doppia rottura dell'utero; invio all'ospizio dove la donna in travaglio da quasi 3 dì soccombe 24 ore dopo liberata.

N.° 208 del 1878. Condotta in clinica il giorno 7 settembre alle ore 9 ant., in travaglio da due giorni, e proveniente da un villaggio della provincia di Como, distante circa 30 chilom.

Ha statura media, è di abito regolare, di buona costituzione, con pelvi e scheletro normali. È una filatrice da seta, di 23 anni, secondipara; la prima gravidanza si terminò a tre mesi con aborto spontaneo.

Al momento dell'ammissione la partoriente è prostrata, con fisonomia abbattuta e i tratti del viso molto alterati; temp. 39, polso 120 filiforme; si sospetta una rottura interna. L'utero si presenta elevato, più espanso nel senso trasversale e retratto sul contenuto abbastanza da disegnarne le forme. Il feto è piccolo e le sue dimensioni concordano con quanto afferma la donna che la gravidanza non tocca ancora la fine del settimo mese. Le acque sono colate da circa 22 ore e forse dopo la morte del feto giudicando dall'avanzata putrefazione di questo. L'ovoide cefalico si sente nella fossa illiaca sinistra, l'ovoide podalico è a destra ed alquanto più elevato. La vagina e il pudendo esterno mostrano forte edema e contusione con alcuni punti gangrenosi; dall'utero di quando in quando sprigionansi gas fetentissimi e sangue nerastro difluente; nel campo dell'orificio uterino si avverte il moncone della spalla destra (dorso in avanti), irregolare e frastagliato per la strappatura del braccio avvenuta a domicilio in seguito a traimenti, e ripetuti tentativi di liberazione fatti infruttuosamente da quattro medici; fu pure amministrata la segale cornuta. Tutto ciò accadeva il giorno sei, e verso la mezza notte la donna era fatta tradurre all'ospizio dove giungeva alle 9 ant. del giorno 7 settembre.

Appena giunta vien confortata con un po' di vino marsala e messa quindi nel bagno generale tiepido durato 20 minuti. Collocata sul letto del parto si procede a un nuovo esame colla mano destra portata sullo stretto superiore per rilevare bene lo stato delle cose; e, trovato lieve ostacolo alla corsa di essa nel cavo uterino, si fa il rivolgimento con notevole facilità del tempo dell'evoluzione per la cedevolezza delle pareti uterine, che erano squarciate.

Il feto estratto è settimestre, di sesso maschile, pesante gr. 1100 senza il braccio destro, ed in istato di avanzata

putrefazione; la placenta che viene quasi subito, mostra anch'essa incoata la putrefazione.

Compiuto il parto si pratica nel cavo uterino un'abbondante irrigazione con acqua fenicata; si cauterizzano con acido fenico gli organi genitali contusi e i punti presi da gangrena, si applica una vescica di ghiaccio sul ventre e si prescrivono pillole d'oppio d'un centigramma, una per ora. — Prima di applicare la vescica si percuote l'ambito uterino e vi si trova dappertutto suono timpanico.

Un'ora più tardi la donna è presa da brivido che dura 30 minuti, la temperatura sale a 40,7, polso 120, respiro 32. — Durante il giorno gusta un po' di sonno, di quando in quando si lamenta per dolori uterini, il ventre si mantiene piatto, ma è dolente alla pressione, l'utero mediocremente retratto, la lochiazione fetente di quantità normale; si pratica il cataterismo vescicale.

Sera. Temperatura 40, polso 128, respiro 28. Nella notte sonno interrotto, dolori in aumento, compare il singhiozzo.

Mattino ore 7, temperatura 40,3, polso 134, respiro 50, fisonomia sparuta, singhiozzo insistente, dolore addominale intenso, ventre meteoritico, lochiazione sanguigna scarsa; alle 9 ant. peggioramento rapido e notevole seguìto dalla morte, alle ore 10.

Autopsia 24 *ore dopo.* — Putrefazione avanzatissima del cadavere; si apre soltanto il cavo addominale che dà esito a grande quantità di gas fetentissimo; poco versamento sanguigno torbido; ampio squarcio al fondo dell'utero a destra con margini irregolari e frastagliati; a sinistra parimenti al fondo uno squarcio circolare largo quattro centimetri circa; nessuna lesione al collo, erosione superficiale sulla parete posteriore della vagina.

Considerazioni. — Questo fatto avrebbe potuto indubbiamente avere una fine assai men triste se i medici richiesti a soccorrere la donna avessero rivolto il pensiero alla evoluzione spontanea, ed avessero tenuto conto della prematuranza e pic-

colezza del feto. — Ecco la condotta ostetrica che nel caso narrato pare a noi sarebbe stata la più saggia e vantaggiosa. Supposto che il medico giunto per il primo abbia trovato il feto ancora in vita e le condizioni favorevoli per la versione interna, fare al più due tentativi di questa, chè non v'era a sperare di estrarre vivo e vitale quel feto prematuro con la versione violenta e prolungata, e poi lasciare le cose a benefizio del tempo; se il feto era morto astenersi assolutamente da qualsiasi tentativo di rivolgimento, ed aspettare: la piccolezza del feto e la buona conformazione della donna avrebbero favorito l'evoluzione spontanea che, secondo noi, non poteva mancare, e che si poteva artificialmente ajutare con la segale cornuta; dato che questa facesse difetto, procedere alla decollazione o all'evoluzione forzata con l'uncino, o, a peggio andare, far tradurre all'ospizio la donna quando una prudentemente lunga aspettazione avesse dimostrato improbabile la evoluzione che dopo rotto l'utero non poteva più assolutamente farsi. — Per contro, acciecati dalla preconcezione che nella presentazione della spalla si debba tutto tentare per ottenere il rivolgimento, i medici si ostinarono in questo senza venire a capo di liberare la donna, strappando il braccio, rompendo in due punti l'utero, contundendo gravemente il canale vulvo-vaginale, e mandando la donna a soccombere in un ospizio 25 chilom. distante dalla sua famiglia. — La condotta da noi descritta, come più razionale, fu seguita nel 2.° fatto che stiamo per narrare, e con esito ben diverso.

Secondo fatto.

Multipara. — Gravidanza a termine. — Presentazione di spalla. — Alcuni tentativi di versione a domicilio. — Ricovero della donna nell'ospizio. — Suo stato generale e locale buono. — Evoluzione spontanea già nel 3.° tempo. — Complemento con l'uncino. — Puerperio normale.

N.° 230 del 1878, contadina di 26 anni, robusta, senza precedenze morbose importanti, se si toglie una gonilite reumatica sinistra sofferta or fa 4 anni. È accolta la mattina del 30 settem-

bre in travaglio da circa 24 ore, a termine della sua terza gravidanza. Ha pelvi lievemente piatta (conjugata est. 18); parti precedenti a termine naturale, puerperj fisiologici. Essa viene da un paesello nei dintorni di Milano, ed espone come i dolori s'iniziassero la mattina del giorno antecedente aumentando d'intensità fino alle 4 pom., come a quest'ora la levatrice rompesse le membrane e vedesse farsi procidente il braccio sinistro, e come il medico chiamato facesse alcuni tentativi di versione, riusciti infruttuosi i quali la faceva tradurre all'ospizio.

Il braccio sinistro è difatti procidente in compagnia del cordone ombellicale non pulsante; il dorso del feto guarda in avanti. Le condizioni generali della donna sono buone, non v'è febbre, un po' d'inquietudine e depressione morale; nulla di notevole agli organi genitali. La spalla sinistra è fortemente impegnata e sta per fissarsi sotto la sinfisi pubica. Dal braccio procidente si giudica maturo il bambino, ma non molto voluminoso; l'utero si contrae ritmicamente e con molta energia, facendo progredire la parte. Alle ore 8 pom., dopo un bagno generale di circa mezz'ora, la donna viene liberata completando artificialmente la evoluzione spontanea mediante l'uncino acuto impiantato contro una costa sotto la scapola sinistra; le trazioni sull'uncino sono coadiuvate da armonici traimenti sul braccio procidente.

L'atto operativo durò cinque minuti.

Il feto estratto pesa 2850 grammi, è lungo 52 cent., e misura nel diam. biacromiale 134 mm., nello sterno dorsale 67 mm. Il secondamento fu fatto con la spremitura, seguìta da lunga lavatura fenicata in vagina.

I primi due giorni di puerperio furono regolari; perciò si acconsente alle insistenti preghiere della donna e del marito a che la puerpera venga tradotta a domicilio dove ristabilivasi prontamente.

Terzo fatto.

Primipara. — Gravidanza nel 7.° mese. — Parto prematuro spontaneo. — Presentazione di spalla. — Due tentativi infruttuosi di versione a domicilio. — Invio della donna all'ospizio in condizioni non gravi. — Evoluzione spontanea giunta al 3.° tempo. — Complemento rapido e innocente dell'evoluzione con l'uncino acuto infitto sotto l'angolo della scapola sinistra. — Puerperio fisiologico.

Numero 71 del 1879, ricoverata nell'ospizio il dì 29 marzo alla 1 pom., in travaglio da 36 ore.

È una contadina di 22 anni, di scheletro regolare e con pelvi normale. Mestruata a 16 anni, sempre sana, soffrì qualche vomito sull'esordio di questa prima sua gravidanza. Il travaglio esordiva prematuramente alla fine del settimo mese e senza causa nota il giorno 28 marzo all' 1 pom. Alle ore 4 fu rotto artificialmente il sacco amniotico, e riconosciuta dopo la presentazione della spalla sinistra col dorso in avanti. Sopraggiunto il medico del luogo tenta per tre volte la versione interna, e non riuscito l'intento fa tradurre la donna all'ospizio.

Al momento dell'ammissione la partoriente è pallida, abbattuta, con fisonomia sofferente, polso piccolo, temperatura 38,5; di quando in quando qualche orripilazione. Al braccio destro segno d'un salasso recente, e all' ipogastrio quattro ferite di mignatte attaccate da poco tempo. L'utero piccolo, di forma ovale, è retratto fortemente sul suo contenuto. Dall'ostio vaginale, col braccio sinistro procidente e macerato, pende un tratto di cordone che venne lacerato, come lo prova la superficie irregolare e frastagliata del suo estremo. La spalla sinistra è fissa all'arco del pube, col dorso quasi direttamente in avanti; si giudica già compiuto il terzo tempo della evoluzione spontanea.

Si mette la donna per 20 minuti in un bagno generale caldo, la si rianima con un po' di vino marsala, e posta quindi sul letto del parto la si libera completando artificialmente la evo-

luzione; e ciò si ottiene in meno di sei minuti, tirando dapprima sul braccio procidente e poi coll'uncino acuto impiantato dietro la scapola sinistra.

Il feto estratto per l'ovoide podalico era assai macerato, lungo 47 cent., e pesante 1870 grammi. Quasi contemporaneamente al feto veniva la placenta.

Il puerperio fu normale, e la donna lasciava la clinica il 7 aprile, nove giorni dopo liberata, in ottime condizioni sì locali che generali.

Il lettore si sarà convinto che negli ultimi due fatti fu seguìto fedelmente il programma ostetrico che avevamo affermato buono per il primo, cioè pochi tentativi di versione, invio della partoriente all'ospizio, non maltrattata; nel frattempo l'evoluzione spontanea tende a farsi e compie il 3.° tempo; estrazione pronta, facile, innocente, completando la evoluzione con l'abbassamento dell'ovoide podalico; puerperio regolare. — Termineremo questa breve comunicazione clinica col riferire alcune delle conclusioni che si trovano nella citata Memoria parendoci che i fatti riferiti dimostrino la convenienza e utilità di ripeterle.

1.° È legge generale che riconosciuta la presenza della spalla in donna in soprapparto, *e oltre la metà del* 7.° *mese*, si debba procedere alla versione.

2.° Riconosciuto che mancano le condizioni necessarie all'atto operativo, questo, in tesi generale, è controindicato. — È controindicazione assoluta e permanente l'impegno profondo della spalla, e *a fortiori* il rapporto di essa con l'arco del pube, indizio ch'è già compiuto il 2.° tempo dell'evoluzione spontanea.

3.° L'evoluzione spontanea è fenomeno più frequente, meno difficile, e meno pericoloso di quanto ammettono gli autori, perchè non sono rare le condizioni favorevoli, quale bacino ben conformato, pluriparità, *feto non a termine*, e se a termine, *non molto sviluppato*, e contrazioni espulsive energiche e protratte.

4.° Ammessa una controindicazione assoluta e permanente alla versione quando si presenta la spalla, si deve aspettare

se il feto è vivo, contando sulla evoluzione spontanea che si cercherà di ajutare con mezzi che non offendono il feto; se questo è morto, si deve con tutta sollecitudine ricorrere a un atto operativo embriotomico. — Aggiungiamo che questo, come nei casi narrati, può essere semplice ed agevole quanto un'applicazione di forcipe al piano perineale, trattandosi soltanto di compiere con qualche traimento il 4.° tempo dell' evoluzione spontanea.

Letteratura Straniera

LA
SIFILIDE NEL MATRIMONIO
LEZIONI

DEL

DOTT. FOURNIÈR

Medico à l'hopital S. Louis di Parigi

(*Continuazione*).

Lezione seconda.

Dopo avere esposto, nella lezione precedente, come un uomo sifilitico è pericoloso nel matrimonio, noi dobbiamo pertanto passare dalla teoria alla pratica e stabilire a quali condizioni un uomo avendo avuto la sifilide può essere dichiarato ammissibile al matrimonio.

La soluzione di tale questione è assolutamente imbarazzantissima, essa ci conduce sopra un terreno non ancora coltivato, in cui l'esperienza dei nostri predecessori possa guidarci, di quelli cioè che un giusto rispetto ha proclamati maestri dell'arte. Non vi è un programma già scritto; è dopo quello che ho letto e che ho osservato che vi esporrò le condizioni alle quali deve, secondo il mio avviso, attenersi un uomo che avendo avuto la sifilide vuole avventurarsi nel matrimonio.

Quest'uomo dovrà soddisfare a cinque condizioni indispensabili:

1.° *Mancanza di manifestazioni attuali.* — È questa una considerazione assolutamente elementare per tutti; la sola presenza della minima manifestazione deve allontanare dal matrimonio colui che ne sarà portatore: essa sarebbe un testimonio parlante della sua malattia, con le sue conseguenze e le disgrazie ch'essa porta per la moglie e per i figli.

Tale causa d' esclusione al matrimonio è di una evidenza troppo formale perchè non sembri superfluo d'insistervi.

Frattanto non bisogna illudersi, esempi di tale incredibile audacia sono stati osservati molte e molte volte; ho visto per mio conto più di dodici volte maritarsi uomini portatori di manifestazioni attuali di sifilide il giorno medesimo delle loro nozze, psoriasi palmare, sifilide del cuoio capelluto della bocca, placche mucose, sarcocele sifilitico ed anche ulcera indurita. Quale può essere il movente d'una tale azione? Non è sempre come si suppone, l'ignoranza o l'interesse; senza dubbio taluni ignorano i pericoli ai quali essi espongono le loro mogli ed i loro figli. Questi sono gli ingenui.

Altri le conoscono bene, ma non considerando che l'allettamento d'una dote o d'una posizione d'acquistare, affrontano tutti i timori e passano oltre; questi sono i colpevoli ed i cinici. Ma la più parte di questi uomini che si maritano in possesso di sifilide attuale non sono nè ignoranti, nè colpevoli, sono trascurati, gente povera di spirito, che si sono lasciati trascinare storditamente in un matrimonio, si trovano ad un dato momento insidiati dalle circostanze, e non osando più resistere, umiliati della loro azione, intimoriti dallo scandalo che produrrebbe il loro rifiuto e la pubblicazione necessaria della loro malattia, non hanno il coraggio di rifiutare.

2.° *Età avanzata della malattia.* — Si può formulare questo assioma: più la sifilide dello sposo è giovane, più numerosi e più gravi sono i pericoli ch'essa apporta nel matrimonio; e reciprocamente, più la sifilide è antica e maggiori saranno le probabilità favorevoli per lui. Infatti è la sifilide giovane che presenta i maggiori pericoli di contagio; è nei primi cinque,

sei, dieci mesi della sifilide che le sue manifestazioni sono più disseminate, più pericolose e più disposte alla recidiva. — Nulla è più recidivo che una placca mucosa; si vedono le erosioni della bocca riprodursi nei fumatori dieci, venti volte in poco tempo.

Le manifestazioni recenti della sifilide sono altrettanto più formidabili perchè hanno per sede prediletta la bocca e gli organi genitali; due luoghi essenzialmente pericolosi sotto il rapporto contagioso nel matrimonio.

È massimamente nel periodo secondario che i fenomeni sono benigni, ed in apparenza insignificanti; essi non sono che più pericolosi; il loro maggior pericolo sta precisamente nella loro benignità apparente, poichè si sa che essi sono eminentemente contagiosi.

Al contrario, in un periodo più lontano, questi pericoli non vi sono più, o essi sono più limitati, per ragioni opposte; le manifestazioni della sifilide terziaria sono infatti più miti, non occupano più gli stessi posti, sono costituite da lesioni incavate, larghe ed importanti, il di cui pericolo non è conosciuto.

Non bisogna credere che questi ragionamenti sieno immaginati nel silenzio di un gabinetto; tali asserzioni sono dimostrate dall'esperienza. Se noi cerchiamo quali sono i mariti più pericolosi per le loro mogli, i fatti provano che sono gli uomini che si sono maritati malati d'una sifilide giovane dopo il primo od il secondo anno di malattia. In questo caso si può dire che il contagio è pressochè costante, mentre che se essi si sono maritati dopo cinque, sei, dieci anni, essi non corrono molti pericoli.

Il pericolo dell' eredità non è minore che quello del contagio della moglie; l' età avanzata della malattia sarà ancora una condizione favorevole per evitare questo pericolo. Una donna ha dapprincipio uno o più aborti, poi per la sola influenza del tempo, un parto prematuro, poi un parto a termine, ma d'un feto morto o destinato a morire; infine essa dà alla luce un bambino vivo. — Il tempo adunque distrugge l' influenza

paterna. Infatti, quali sono i matrimoni in cui i padri sono più pericolosi per i loro figli? Sono quelli che si sono maritati in possesso di sifilide giovane, o recente di qualche mese o di uno o due anni. Quelli che hanno aspettato dai cinque ai dieci anni, non hanno che un'influenza ereditaria più limitata. Tutte le probabilità sono per colui che, avendo la sifilide, aspetterà un più lungo tempo possibile per aspirare al compito della paternità.

La conclusione è dunque, che l'età avanzata della sifilide è una condizione essenziale da apportarsi nel matrimonio ed un uomo sifilitico non ha il diritto d'aspirare al matrimonio se non dopo che sarà passato un dato tempo dalla inoculazione sifilitica. Ma quel'è dunque questa durata? È questo un punto delicato; dare una misura aritmetica è una grave difficoltà. Da una parte l'età della sifilide non è il solo dato da prendere in considerazione, ma per formulare una data precisa, io non credo sia permesso ad un sifilitico di pensare al matrimonio prima che sia passato un periodo *minimo di tre a quattro anni*, e meglio ancora di più; più tarderà, più egli porrà dei vantaggi dal suo lato.

Al di qua di questo termine, l'osservazione non mostra che catastrofi; al di là gli accidenti diminuiscono in modo considerevole.

3.° *Un certo periodo di immunità deve essere passato dopo le ultime manifestazioni.* — È necessario che il malato sia restato completamente libero da qualunque manifestazione durante un certo tempo; è una garanzia che sembra necessaria a titoli diversi. Essa attesta che la sifilide è uscita dal suo periodo acuto e formidabile. Questo tempo passato permette di giudicare del grado di tranquillità della diatesi; è un testimonio della non attività attuale di questa diatesi di cui ne annuncia il distacco, e per conseguenza il decrescere dei pericoli del contagio e dell'eredità. All'indomani d'una sifilide guarita io non oserei permettere certamente il matrimonio.

Qui pure mi domanderete di precisare questo periodo in cifre

esatte: è assolutamente impossibile di fissare una misura determinata; più questo periodo d'immunità sarà lungo, più essa sarà rassicurante. Se occorresse fissare una durata minima a questo periodo di riposo, io darei la cifra da diciotto mesi a due anni.

4.° *Carattere non minacciante della diatesi sifilitica.* — Esistono certamente sifilidi leggere e sifilidi gravi. Le sifilidi leggere si limitano a un piccolo numero di manifestazioni superficiali, mentre le forme gravi, anche curate, producono lesioni profonde.

Ora, la qualità della sifilide, nella questione che ci occupa, è lontana dall'essere senza importanza: è una condizione importantissima a consultare. Se la sifilide è mediocre o leggera, se essa non ha avuto che eruzioni superficiali, se è stata sensibile alla cura, se si è emendata, si è in presenza di condizioni eccellenti per il cliente che domanda se può contrarre matrimonio. Quest'insieme di benignità rassicurano il medico, lo rendono più tollerante, ed influenzano favorevolmente il suo ordine curativo. Ma al contrario, s'egli si trova di fronte a ciò ch'io chiamo una cattiva sifilide, le condizioni mutano.

Sì infatti, sotto il punto di vista matrimoniale vi sono cattive sifilidi. Esse sono di diverso ordine. Citiamone i tipi principali:

a. Sono cattive sifilidi quelle che, senza essere gravi, sono notevoli per la riproduzione incessante delle stesse manifestazioni, sopratutto alla bocca ed agli organi genitali, anche quando sono superficialissime. Così io vidi un giovane che ha avuto la roseola, psoriasi palmare, e sifilidi linguali che si sono ripetute frequentissimamente, malgrado una cura energica portata a 15 e a 20 centigrammi di proto-ioduro. La malattia intanto si è ripetuta fino a questi giorni. Dopo ciascuna cura l'ulcerazione scompariva, poi ricompariva più tardi, e guariva per la cura e così di seguito.

Che sarebbegli arrivato se lo avessi autorizzato a maritarsi alla fine d'un'eruzione guarita? Non fa bisogno di domandar-

selo, poichè egli ha un'amante ed egli l'ha contaminata in simil modo.

b. Sono cattive sifilidi quelle che sono gravi sotto diversi titoli, per l'intensità, per la moltiplicità, per la natura delle manifestazioni; quelle che prendono di buon'ora la forma terziaria, diventano viscerali e restano inamovibili a qualunque cura.

c. Quelle che hanno invaso un organo importante, essenziale alla vita, come il cervello; la sifilide cerebrale è particolarmente pericolosa in ragione dell'organo affetto e delle recidive alle quali essa espone, poichè esse sono quasi abituali. Così un giovane che avea avuto nel 1865 manifestazioni per le quali egli si era curato insufficientemente, si maritò nel 1875, malgrado i miei consigli, e fu preso da manifestazioni cerebrali, epilessia, emiplegie, amnesia, stupidità; egli guarì della sua emiplegia, ma è rimasto in uno stato intellettuale vicino alla demenza. Vi è un altro che alla caccia s'accorge che non può più portare il fucile con il braccio sinistro; egli è preso nell'anno seguente da disturbi nei movimenti della lingua, e balbuzie. Curato e guarito di questi accidenti, si marita, malgrado il mio avviso; dieci mesi dopo il matrimonio, accidenti cerebrali gravi appaiono con emiplegia ed amnesia, e sei mesi dopo è colpito da demenza.

Si vede dunque come sia necessario che il medico si rischiari minuziosamente sulla qualità della sifilide; ch'egli interroghi a fondo il suo malato e faccia scrupoloso inventario del suo bilancio patologico, ch'egli faccia, per così dire, la tara di questo germe; si comprende che in tal caso non vi sono regole generali da porre; tutto è individuale; è alla scienza ed al tatto del medico che appartiene il pronostico.

5.° *Cura specifica sufficientemente prolungata.* — È la condizione capitale per eccellenza. È questa cura, che diminuita, è scongiuro dei pericoli della sifilide e che costituisce da principio la migliore salvaguardia contro i rischi personali che corre il malato.

Oggigiorno noi possiamo infatti affermare che una sifilide curata energicamente al principio e durante un lungo tempo sufficiente non ha periodo terziario, mentre una sifilide non curata o insufficientemente curata, corre al periodo terziario, salvo rare ed inesplicabili eccezioni. È ancora la cura che diminuisce e sopprime le cause del contagio; è ancora dessa che sopprime e diminuisce le impronte ereditarie. Per ciò che riguarda il padre, una donna ha una serie d'aborti che non riconoscono altra causa che la sifilide del padre; che questo si curi, e le gravidanze termineranno felicemente.

Lo stesso per la madre; una donna prende la sifilide dal suo primo marito e resta vedova; ella si rimarita ad un uomo sano, dal quale ha figli che sono sifilitici; essa si cura ed in seguito darà la nascita a fanciulli sani. Infine ve ne è di eguali per l'influenza combinata del padre e della madre; sposi sifilitici hanno figli sifilitici. Essi si curano ed hanno figli esenti da sifilide. — Vi è di più; un fatto nuovo e straordinario è stato osservato. Esso prova che perchè un fanciullo sia sano può bastare che i suoi genitori sifilitici sieno sotto la provvisoria influenza della cura mercuriale. Una donna sifilitica ha sette gravidanze, che danno sette figli sifilitici che muoiono tutti; ella si cura, ed ha un'ottava gravidanza che termina colla nascita d'un feto sano; così pure per la nona. Alla decima gravidanza ella non si è più curata, ed ha un fanciullo sifilitico che muore all'età di sei mesi; ella si cura di nuovo, ed una dodicesima gravidanza termina felicemente colla nascita d' un feto sano.

Riassumendo, tutte queste considerazioni provano l'influenza correttiva che è esercitata dalla cura della sifilide.

La principale condizione per un uomo che si marita si è che egli si sia sufficientemente curato, ch'egli abbia subito una cura lunga, ordinata, metodica. Non è questo il momento d'esporre quale sia questa cura sufficiente: l' ho lungamente descritta nelle mie lezioni dell'anno passato ove stabilii, che combinata col tempo, la cura specifica con medicature successive coordinate durante più anni, è la migliore garanzia per sperare la

guarigione, e per conseguenza per autorizzare il matrimonio. Il tempo da una parte, la cura dall'altra, ecco le due condizioni maggiori che deve fornire colui che vuole darsi al matrimonio.

Io non voglio terminare senza parlare di una pratica considerata dal volgo come criterio infallibile, voglio parlarvi della credenza popolare che le acque solforose avrebbero la proprietà singolare di scoprire le traccie di una diatesi addormentata, di far uscire la sifilide. Ogni anno un gran numero di malati sifilitici vanno a fare religiosamente una cura per i tradizionali vent'un giorno all'una o all'altra di quelle sorgenti, nella speranza che, se loro resta qualche cosa nel sangue, le acque solforose lo faranno uscire; e se non esce nulla, essi concludono della loro guarigione e si giudicano atti al matrimonio.

Questa azione rivelatrice delle acque solforose è lontana dall'essere reale. Le acque solforose senza dubbio sono utili ai sifilitici per altri motivi, e sopratutto come toniche e come coadjuvanti la cura mercuriale, ma esse non sono un reattivo scoprendo il germe come un acido agisce su un sale; è assolutamente falso. La verità è che, senza dubbio in ragione della stimolazione di cui parlo, frequentemente si vedono eruzioni, nei soggetti che si curano alle sorgenti solforose; gli esantemi sifilitici sono comuni presso questi ammalati; ma molte e molte volte la cura in tali stabilimenti non ha fatto uscir nulla negli ammalati restati sifilitici; una, due, cinque, sei cure medesime non hanno a loro prodotto nessun effetto rivelatore. Bisogna adunque abbandonare la leggenda dell'azione rivelatrice delle acque solforose; serviamoci dei loro effetti, se vi sono, ciò val meglio che niente; ma per una volta che noi faremo la diagnosi venti volte essi saranno muti; non abusiamo dunque di questo criterio assolutamente falso.

Conclusione. — A ciascun soggetto che non risponderà alle cinque condizioni indispensabili che noi abbiamo formulato, noi dobbiamo rifiutare il matrimonio.

Noi dichiareremo ammissibile al matrimonio chiunque le presenterà tutte riunite.

Tuttavia io debbo dichiararvi che vi do queste poche riflessioni per quello che valgono, esse non sono nè discusse, nè pubblicate da un areopago medico; esse non sono che il semplice risultato delle mie esperienze personali, esse sono sottoposte a revisione; ed io sarei il primo a correggerle a modificarle, allorquando le ulteriori osservazioni opporteranno fatti nuovi e contradditorii.

D'altronde non bisogna giammai illudersi sulla possibilità di costituire un programma rispondente a tutti i casi ed a tutte le eventualità. Domandare una soluzione categorica matematica, sarebbe domandare l'impossibile; non è il carattere di un problema di tal genere. Esigere una tale formula sarebbe dare prova di uno spirito poco versato nella scienza medica. Noi non possiamo fare che un *calcolo di probabilità* sull'apprezzamento essenzialmente delicato degli elementi morbosi e degli elementi curativi. Mentre anche così limitati il còmpito del medico rende servigi inestimabili.

Allorchè sarà consultato, o il medico avrà dei ragguagli sufficienti per risolvere la questione, ed il suo pronostico sarà confermato dall'esperienza; oppure gli mancheranno gli elementi sufficienti per pronunciarsi e farsi una convinzione, allora non lo dimentichi, egli non è costretto di annunciare una dichiarazione; s'egli non è soddisfatto, non si pronunzi. Noi non possiamo assolutamente sapere se un tale sifilitico avrà si o no manifestazioni sifilitiche; rispondiamo nettamente a questo soggetto ammalato: *voi potete essere pericoloso, noi vi consigliamo d'aspettare ancora.* I fatti sono là per giudicarci; raramente un imprudente che si è maritato, malgrado i consigli del suo medico, non ebbe a pentirsene; al contrario frequentemente quelli che si son maritati con aperto consentimento dei loro medici non sono pericolosi, nè per le loro mogli, nè per i loro bambini.

(Traduz. della sig. Emilia Bertocchi, levatrice maestra nella R. scuola di Milano).

Rivista bibliografica

De l'invagination intestinale chez les enfants; par le doc. Ed. Tordeus. — Bruxelles 1879. — Rivista bibliografica del dott. G. Inverardi, Assistente alla Clinica Ostetrica di Torino.

È questa una bella Memoria corredata da 54 osservazioni in parte proprie, ma per la massima parte rilevate dai vari autori che parlarono intorno allo stesso argomento. In essa l'autore tratta dapprima della definizione e della storia dell'invaginazione intestinale chiamandola « la penetrazione d'una porzione di intestino in un'altra alla maniera di un dito di guanto ripiegato su sè stesso »; fa differenza tra l'invaginazione formatasi in vita e mentre l'individuo è apparentemente sano, e quella formata nel momento agonico. Ripone la differenza tra queste due forme di invaginazione nella direzione che assume la medesima, nello stato delle tonache intestinali e del peritoneo che le riveste, e sulla località in cui si forma la lesione. La prima avrebbe sempre la direzione dall'alto al basso, cioè una sezione di intestino più vicina all'estremità anale raccoglie nel suo seno una sezione di intestino più lontana, mentre nell'invaginazione agonica si riscontrerebbe soventi la direzione opposta. Nella invaginazione morbosa si riscontrano sempre lesioni più o meno profonde sulle tonache intestinali dalla semplice iperemia e dall'infiammazione adesiva delle tonache formanti l'invaginazione, fino alla gangrena delle medesime; in quella agonica non si trova lesione di sorta, ed essa può con somma facilità venir ridotta. Un'altra differenza starebbe in ciò che nell'agonica l'invaginazione risiede sempre nell'intestino gracile, mentre nella morbosa avverrebbe di preferenza nell'intestino crasso.

L'invaginazione può essere semplice o multipla, cioè risiedere in un sol punto del tubo intestinale o in più. Hervieux, riportato dall'autore ha raccolto osservazioni di invaginazioni in un punto, in due, in tre, in quattro, in sei, ed in sette punti del tubo intestinale.

Peyer e Ruysch (XVII secolo) furono i primi a parlare di questa lesione, ma il primo che la descrisse chiaramente fu Rillier nel 1852; a lui tennero dietro Smith nel 1862, e Pilz nel 1870, i quali tutti corredarono i loro scritti di numerose osservazioni.

L'*anatomia patologica* della malattia si può dividere in due parti, l'una che raccoglie i fatti che succedono nel punto dell'intestino colpito da intussuscezione, l'altra che descrive i fenomeni che succedono a distanza.

Sul luogo dell'invaginazione si trovano due sezioni di intestino, specialmente a sinistra nella vininanza del ceco, l'una dentro all'altra, per cui essa risulta formata da *tre cilindri*, l'uno esterno *intussuscipiente*, l'altro medio *uscente*, il terzo interno *entrante*. Come si è detto più sopra, quivi si possono trovare le lesioni d'ordine congestizio ed infiammatorio, dalla più leggiera, cioè la iperemia, fino alle più gravi cioè la infiammazione pseudo-membranosa, che determina l'agglutinamento dei vari cilindri tra loro, e la necrosi della porzione strozzata dell'intestino. Al dintorno la peritonite più spesso è limitata e pseudomembranosa, ma quando essa si generalizza, allora si trovano pseudomembrane sparse su tutta l'estensione del peritoneo, la cavità peritoneale è ripiena di liquido siero-sanguinolento, più raramente sieropurulento, più raramente ancora icoroso; e se la gangrena è sopraggiunta prima che un lavorio di adesione abbia impedita la effusione delle materie intestinali, queste si versano nella cavità peritoneale. Il meteorismo intestinale, determinato dapprima dal fatto dell'impedita progressione delle materie intestinali, vien aumentato dal processo peritonitico e allora le anse intestinali enormemente distese fanno salienza attraverso la ferita addominale. Alcune volte però la morte sopravviene in seguito ai primi fenomeni di occlusione intestinale, e le lesioni sono allora di pochissimo rilievo, come puossi vedere in una osservazione riportata da Markey. L'anatomia patologica insegna che durante la vita può farsi anche l'invaginazione ascendente, ma questa è sempre accompagnata dalla discendente, come pure che questa lesione risiede più specialmente nel grosso intestino, e di preferenza a sinistra.

Riguardo alla frequenza, essa favorisce la prima infanzia diradandosi sempre più quanto più il bambino si innoltra negli anni, e di ciò il Leichtenstein dà la seguente statistica:

da 2 a 5 anni:	iliaca: 13 %,	ileocecale: 49 %,	colica: 25 %,	ileocolica: 13 %.
da 6 a 10 anni:	» 38 %,	» 41 %,	» 31 %,	» 21 %.

L'*eziologia* è piuttosto oscura. L'età bambina predispone alla lesione per modo che Pilz ha trovato 91 fanciulli al disotto di 1 anno e solo 49 tra 2 e 5 anni. Per la maggiore lunghezza che, pel genere di vitto, ha l'intestino presso la gente del popolo, i ragazzi appartenenti a questa classe della società vanno più soggetti all'affezione che i ragazzi agiati. Cause pure potenti nella determinazione dell'invaginazione sono la lunghezza del mesenterio e la presenza d'un mesoceco e di un mesocolon. Il sesso maschile va più all'opposto soggetto all'intussuscezione; e Rillier ha notato 22 casi di intussuscezione presso fanciulli, e solo 3 presso fanciulle, Pilz ebbe 72 casi di maschi e 39 di femmine e Smith pone la proporzione della frequenza dell'affezione tra i maschi e le femmine come 2 : 1. Pare, secondo il Donce, il Vogel, lo Steiner ed altri, che un certo grado di catarro intestinale preceda sempre e favorisca lo stabilimento dell'intussuscezione; ma il Rillier fa delle riserve e D'Espine e Picot ammettono recisamente che ordinariamente la invaginazione sopraggiunge in mezzo alla più perfetta salute. Il fatto però che molti casi di intussuscezione sono sopraggiunti in seguito o durante uno stato catarrale dell'intestino fa pensare ad un'influenza che può avere l'irritazione prodotta da questo stato sulle fibre nervose delle tonache intestinali, per cui contrazioni parziali e disordinate dello strato muscolare determinerebbero una diminuzione di calibro in una sezione dell'intestino che facilmente entrerebbe in un'altra sezione che le fa seguito, non colpita da questo stato di irritazione nervosa, oppure affetta da paralisi. Ed infatti sopra 17 osservazioni riportate dall'autore in cui è fatto cenno dello stato di salute precedente all'invaginazione, in ben 13 casi questa fu preceduta da sintomi di catarro intestinale.

Una sola osservazione di Gueniot trovasi registrata in cui si narra di un caso di intussuscezione, succeduta durante la vita intrauterina.

Le scosse, i colpi diretti sul ventre, la tosse, i neoplasmi della mucosa e del tessuto sottomucoso dell'intestino sono inoltre cause determinanti la intussuscezione, che naturalmente per prodursi ha bisogno di due condizioni indispensabili, la contrazione di una sezione dell'intestino e la paralisi di una sezione che immediatamente la segue; la lunghezza del ceco e del colon per rispetto all'ileo, l'ampiezza del loro mesenterio e la loro mobilità favoriscono la formazione dell'intussuscezione e spiegano la maggiore frequenza di questa nella regione ileocecale.

La *sintomatologia* di questa affezione non è molto spiccata, al punto che è assai difficile distinguere questa malattia da altre non solo proprie del cavo addominale, ma anche da quelle che sono d'origine nervosa e che risiedono nel centro encefalico. Fra i sintomi di questa malattia che la accomunano con altre del cervello e delle sue meningi abbiamo i disordini nervosi. Il malato grida, è agitato, ha una grandissima ansietà ed è colpito qualche volta da convulsioni generali e da perdita della conoscenza.

Però questi sintomi si uniscono ad altri, che servono a distinguere questa lesione da altre malattie che sono proprie dell'encefalo, cioè il dolore nella località malata, prodotto dallo stabilirsi in modo repentino la malattia, e dallo stiramento che prova la porzione di intestino invaginato e dal meteorismo che si osserva in questa malattia pronunciatissimo ed aumentato dalla peritonite incipiente. Altri segni si raccolgono da parte degli organi digerenti. A questo riguardo si deve porre attenzione all'aspetto delle evacuazioni alvine, che presentano qualche differenza a seconda dell'età del malato, poichè sono assai più facilmente diarroiche nell'età inferiore ai 12 mesi che non nell'età superiore. Il punto in cui si è formata l'invaginazione dà spiegazione perchè la diarrea e la stipsi che ne consegue possano in alcuni casi manifestarsi subito, oppure dopo qualche tempo. Giacchè se l'occlusione si è formata in vicinanza del retto, la diarrea e la stipsi si manifesterà subito contemporaneamente alla malattia, mentre se l'occlusione si fa più in alto, succedono prima della diarrea le evacuazioni normali delle sostanze che sono contenute nella porzione di intestino inferiore al punto ostrutto. Oltre al grado di consistenza sonvi altri caratteri delle evacuazioni di cui bisogna tener conto e che andremo enumerando. Dapprima le evacuazioni si fanno diarroiche con eliminazione di sostanze siero-sanguinolenti, poi prettamente sanguigne; indi si sospende ogni evacuazione e l'alvo resta chiuso sino a che o l'individuo muore, oppure per uno dei processi di guarigione si ristabilisce la continuità nel tubo intestinale. Alcune volte scariche muco-sanguinolente si possono osservare nel decorso della malattia, poichè non sempre pel fatto dell'invaginazione il tubo intestinale si oblitera completamente; ma in questo caso le evacuazioni sono scarsissime e accompagnate da tenesmo stragrande e da ingenti dolori nel momento dell'evacuazione. Allorquando la porzione invaginata cade in gangrena allora le evacuazioni si fanno brunastre o nerastre con odore fetentis-

simo, e con esse si può riscontrare qualche lembo di intestino, o qualche parte più considerevole di quest'organo. Sul principio della malattia l'appetito è conservato e la lingua non presenta nulla d'anormale, ma in poco tempo l'uno scompare e l'altra si copre di una patina biancastra. La sete e la febbre mancano ordinariamente in quest'affezione; e non è che quando si svolge la peritonite che la temperatura sale, e allora può raggiungere i 40°, per discendere poi al disotto del normale quando sopraggiungono fenomeni di collasso.

Il polso è generalmente piccolo e frequente. La respirazione è frequente e a tipo costale e superficiale. La pelle è fredda e cianotica, i lineamenti del viso scomposti, gli occhi infossati e circondati da una aureola bluastra.

I segni fisici sono di grande valore. La peritonite si manifesta coi suoi segni caratteristici. Colla palpazione, quando essa è possibile, poichè soventi risveglia dolori fortissimi, si percepisce un tumore di forma cilindrica od ovoidea, di preferenza nel lato sinistro dell'addome, e precisamente nella fossa iliaca sinistra, il qual tumore è qualche volta riscontrabile solo colla palpazione, altre volte lo è solo coll'esplorazione rettale, altre volte la porzione invaginata fa prolasso dal retto. — Quivi l'autore fa seguire alcune osservazioni, in cui tutti questi sintomi sono posti assai bene in rilievo, e dimostrano come, di diagnosi difficile, questa malattia può colla diligente ricerca dei fenomeni diagnosticarsi e differenziarsi assai bene da molte altre colle quali puossi confondere.

Il *decorso* dell'invaginazione intestinale può essere acuto o cronico. La forma acuta si riscontra di preferenza nella prima infanzia; essa comincia bruscamente, come noi l'abbiamo detto, per violente coliche vomiti di sostanze alimentari, o mucose, o biliari, raramente stercoracee, indi sopravvengono delle scariche alvine muco-sanguinolente, e i piccoli malati soccombono in mezzo ad un accesso convulsivo o più frequentemente in mezzo ad una prostrazione profonda. Molte volte la morte avviene assai per tempo, a capo di nove ore come in una osservazione di Cullingworth, ma il più soventi essa avviene a capo di 3 a 6 giorni. La forma cronica è più rara ed avviene specialmente nella seconda infanzia. I sintomi più salienti sono coliche che avvengono ad accessi. I sintomi intestinali sono meno caratteristici che nella forma acuta, la diarrea si alterna colla stipsi, il meteorismo per contro è più costante che nella forma acuta. Il tumore formato dalla parte

invaginata dell'intestino è più sensibile e presenta i caratteri descritti più sopra. Dopo qualche tempo che l' invaginazione si è formata le fibre muscolari delle tonache intestinali situate al disopra dell'ostacolo sono ipertrofiche, e attraverso le pareti addominali rese sottili dal processo di denutrizione si possono vedere le contrazioni peristaltiche dell' intestino. La durata di questa forma di intussuscezione varia da qualche settimana a più mesi e fino a più d'un anno, come in un'osservazione di Monro.

Fra le *terminazioni* possibili dell'intussuscezione quantunque più rara si deve notare la riduzione spontanea dell' invaginazione, e più rara ancora la gangrena della porzione invaginata e la consecutiva eliminazione, col saldamento del cilindro intussuscipiente coll'entrante e il ristabilimento del tubo intestinale che così diventa pervio. Quest' ultimo modo di guarigione è però del tutto eccezionale nella prima infanzia, mentre è alquanto meno raro nella seconda infanzia in cui, secondo l' autore, si riscontrerebbe nella proporzione del 14 %. — Del resto di regola, lasciata a sè, l' intussuscezione termina colla morte.

Quanto alla *diagnosi* di una simile malattia, diversi sono i pareri, alcuni autori credendola impossibile, altri di diagnosi piuttosto facile. Bouchut, per esempio, è tra i primi, mentre l'autore, ammettendo le difficoltà che qualche volta circondano questa diagnosi, dice che con un attento esame è sempre possibile di conoscere la malattia e di distinguerla da tante altre colle quali un esame superficiale la può far confondere. Infatti dice che « nella prima infanzia i vomiti, le coliche, le deiezioni sanguinolente, il tenesmo anale, l'agitazione e la scomposizione dei tratti della fisonomia, il collasso sono segni che permettono anche coll'assenza del tumore addominale di stabilire una diagnosi certa ». Molte sono le malattie colle quali nella prima infanzia è possibile lo scambio. Un violento accesso di *colica intestinale* può far credere ad un'invaginazione, tanto più che alcune volte queste sono prodotte da un accumulo di sostanze fecali, le quali possono simulare il tumore dell' invaginazione; ma nelle coliche mancano le scariche muco-sanguinolente, ed il tumore è pastoso e non ha la forma caratteristica dell'intussuscezione. Nelle *coliche dispeptiche* le scariche sono verdastri e contengono dei grumi di latte indigesto. Nelle *coliche saturnine* oltre alla nozione eziologica abbiamo di regola la stipsi, inoltre il ventre invece di essere meteorico è contratto, e vi sono altri

segni di intossicazione saturnina. Più imbarazzante è la diagnosi differenziale colla *dissenteria*. Infatti in ambedue le malattie le deiezioni sono muco-sanguinolente, le coliche sono violente, vi ha tenesmo, ecc. Uno dei segni differenziali sta nella presenza dei vomiti e nella qualità delle materie reiette, i quali nella dissenteria nei vari casi in cui si hanno vomiti, sono di materie alimentari o biliari, non mai fecaloidi. Più facile si è la diagnosi differenziale fra la intussuscezione e i *polipi* e le *ragadi anali*, nei quali casi l'esplorazione anale basta per riconoscere la malattia di cui si tratta. Non è che grossolana la differenza che esiste tra la malattia in discorso e la *porpora emorragica* e la *melena dei neonati* che non hanno di comune colla prima che le scariche sanguinolente. L'*embolia* dell'*arteria mesenterica superiore* dà luogo anch'essa ad emorragie intestinali, ed a coliche intestinali, ma oltrechè è rarissimo di incontrare l'embolia di questa arteria nei fanciulli, si trova poi sempre la causa di questa embolia dovuta sopratutto ad un'endo-cardite. Il *colera infantile* ha molti sintomi comuni coll'invaginazione, ma la periodicità delle coliche e la natura delle deiezioni fanno facilmente distinguere questa da quella forma morbosa. Come pure la *malattia d'Addison* ha molti caratteri comuni con la malattia in discorso, ma in questa manca il coloramento della pelle caratteristico di quella. Colla *meningite* può ancora confondersi l'invaginazione ma in quella i fenomeni addominali sono affatto caratteristici, cioè il ventre invece di essere disteso e meteorizzato è appiattito e vi ha una stipsi ostinata. La diagnosi differenziale della *peritonite cronica* presenta maggiori difficoltà, tanto più che molte volte questa viene a complicare l'invaginazione. Tuttavia nella prima il dolore è più intenso e diffuso ed aumenta colla pressione, nell'invaginazione per contro il dolore è limitato, sopravviene ad accessi e non aumenta colla pressione; in quella l'ammalato è immobile nel suo letto ed evita ogni movimento, mentre in questa l'ammalato è ansioso ed irrequieto. Nella forma *cronica* la diagnosi è più difficile ancora ed alcune volte impossibile. Un'osservazione raccolta dal dott. Rafinesque nel servizio del dott. Archambault dimostra come un' invaginazione fu scambiata con una peritonite cronica, scambio che fu riconosciuto al tavolo anatomico. — Molto simili tra loro sono pure i sintomi tra la *tiflite* e *peritiflite* e l'invaginazione, ma serviranno a distinguere queste malattie tra loro la località del tumore (più frequente a sinistra nell'invaginazione, sempre a destra nella tiflite e peritiflite) e la natura delle sca-

riche alvine. — La molteplicità dei tumori formati dai *gangli mesenterici* infiltrati e la mobilità data dal *rene mobile* fanno facilmente distinguere questa forma morbosa dall'invaginazione. Una diagnosi certa tra le differenti specie di occlusione intestinale e l'intussuscezione è soventi impossibile in vita e non è che al tavolo anatomico che si scopre la verità. Un esame attento in tutti gli anelli erniarii e al retto sono quivi della più alta importanza, poichè molte volte trovasi là la causa della malattia e la diagnosi è ovvia. Se vi hanno dati anamnestici che ci svelino una pregressa peritonite puossi credere ad una occlusione per briglie pseudo-membranose. Inoltre nell'occlusione per briglie si ha sempre stipsi persistente, mentre nell'invaginazione questa è alternata di tanto in tanto da diarrea; la quale in quest'ultima è caratterizzata da scariche muco-sanguinolenti, che non si riscontrano nella prima. Un altro segno si è la tumefazione spesso istantanea del basso ventre nell'occlusione, mentre nell'invaginazione questo rimane normale; inoltre nell'invaginazione sia col dito, sia con iniezioni nel retto si può far scomparire questo segno e guarire la malattia, mentre ciò non è possibile nello strozzamento ordinario. Oltre a ciò l'occlusione da briglie si osserva di preferenza negli adulti, l'invaginazione nei bambini.

Riassumendo diremo coll'autore che « ogni qual volta ci troviamo in presenza di un bambino, che offre tutti i segni di un' occlusione intestinale, penseremo innanzi tutto all'invaginazione, essendo la specie più comune di ostruzione intestinale nell'infanzia; se oltre ai sintomi generali si constata un'emorragia intestinale, gonfiezza e tumefazione in uno dei lati dell' addome se il dito introdotto nel retto, percepisce un tumore molle, allora il dubbio non è più possibile, è ad un'intussuscezione che dovremo pensare ».

La *prognosi* varia a seconda dell'età dell'ammalato e a seconda che si parla dei tempi andati oppure dei giorni nostri. Prima che un metodo di cura razionale venisse in soccorso di questa infermità le statistiche erano assai desolanti. Riguardo all'età la mortalità sarebbe, secondo Leichtenstein, dell'89 % nel primo anno, 82 % nel secondo anno e 72 % dai 2 ai 10 anni; e secondo l'autore, dalle osservazioni da lui raccolte in questi ultimi anni sarebbe di 52,8 % nel primo anno, di 38,8 % da 1 a 15 anni, ossia nella totalità dei malati la mortalità sarebbe del 45,0 %. — L'esito in guarigione per gangrena ed eliminazione della porzione invaginata avverrebbe nella proporzione

del 60 %. Però questa cifra non è nè assoluta nè definitiva, poichè prima essa è fondata su un numero troppo piccolo di osservazioni inoltre gli ammalati ponno poi andare soggetti e soccombere ad un ristringimento con successiva occlusione intestinale.

Per la *terapia* di quest'affezione furono proposti diversi mezzi, alcuni dei quali furono coronati da esito felice, altri come irrazionali vennero abbandonati. Essi sono di diversa natura: 1.° *meccanici*, 2.° *chirurgici*, 3.° *medici*. Fra i *primi* abbiamo la palla di piombo ed il mercurio colante, mezzi del tutto abbandonati al giorno d'oggi perchè dannosi ed aventi un effetto tutt'affatto opposto a quello che si desidera. Assai più razionali sono il cateterismo intestinale e le iniezioni forzate d'acqua e le insufflazioni d'aria nel retto. Il cateterismo intestinale si pratica introducendo nel retto una sonda esofagea, ben unta e facendola penetrare quanto è possibile, senza impiegare mai alcuna violenza. Dobbiamo però soggiungere che questo mezzo posto in pratica per la prima volta nel 1842 si è dovuto combinare con clisteri freddi; però esso riuscì in tutti e due i casi impiegati, e l'autore riporta 2 osservazioni di cui nella prima il cateterismo solo, nella seconda questo combinato coll'insufflazione d'aria riuscirono a buon esito. Tuttavia sul cateterismo devono avere la preferenza l'iniezione d'acqua e l'insufflazione dell'intestino; la prima si pratica colla pompa gastrica, la seconda con un comune soffietto da camino innestato sulla sonda preventivamente introdotta nell'intestino. Comunemente una sola seduta non basta a ridurre permanentemente l'intussuscezione, ma se essa è fatta coi debiti riguardi non porta pregiudizio alcuno, e puossi ripetere tante volte quante bastano. Di solito 3, 4 sedute sono sufficienti per ottenere una guarigione stabile dell'invaginazione. Da 20 osservazioni riportate dall'autore, nelle quali si sono posti in pratica l'uno o l'altro dei mezzi sopraindicati in nessuna si nota esito letale, ed in alcune la guarigione si ottenne in un tempo sorprendentemente breve.

I mezzi *chirurgici* sono due, cioè la gastrotomia e la enterotomia. Alloraquando i mezzi meccanici hanno fallito si deve passare ai mezzi chirurgici, ed allora viene il momento di decidersi tra la gastrotomia e la enterotomia. La prima ha il vantaggio di togliere la malattia e la lesione, mentre la seconda non fa che togliere il pericolo, e ad una malattia incompatibile colla vita sostituisce un'altra che la permette. Parrebbe che la prima dovesse avere la preferenza sulla seconda, ma

pei cattivi risultati che dà, essa è quasi abbandonata dai chirurghi. Non è ad una semplice rivista bibliografica che spetta il dovere nè la convenienza di una descrizione dettagliata di questi processi operativi, noi rimandiamo il lettore alla Memoria di cui sto parlando o ai trattati di medicina operativa e patologia chirurgica. Mi limiterò solo a dire che sopra un totale di 11 operazioni di gastrotomia ed enterotomia si sono ottenuti solo 3 risultati.

I mezzi *medici* sono di diversa natura. Da soli non dànno che assai raramente dei risultati soddisfacenti, ma costituiscono un prezioso mezzo coadiuvante la cura che si intende di istituire coi mezzi meccanici quando quelli abbiano fatto cattiva prova. Sono mezzi medici i salassi locali, i quali sono controindicati quando sopraggiungono i fenomeni del collasso, i purganti, e gli emetici, i quali restano di regola senza risultato quando non aggravano le condizioni dell'infermo, Al contrario i narcotici hanno un'azione reale calmando i dolori ed i vomiti, inoltre l'intestino paralizzato da questi rimedi si presta meglio ai differenti maneggi operativi che si volessero praticare. L' oppio e sopratutto il laudano dato alla dose di una goccia all'ora sono fra i narcotici quelli da preferirsi. Sono pure da usarsi il cloroformio ed il cloralio quando l'agitazione è somma, por cui si procura all'infermo un po' di sonno che è un vero balsamo. Sono pure utili i bagni tiepidi prolungati calmando i dolori e procurando anch'essi un po' di riposo all'ammalato. Le applicazioni fredde e le bevande ghiacciate e le applicazioni elettriche sono mezzi da proscriversi, destando contrazioni nell'intestino e determinando un aggravamento nei sintomi locali e generali.

Se l'eliminazione della parte invaginata è l'esito in cui passa favorevolmente la malattia, si deve ancora attentamente sorvegliare l'ammalato poichè la minima imprudenza può costare la vita all'ammalato.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

ISTITUTO OSTETRICO DI MILANO.

Movimento clinico-operativo dal 1.° Gennaio al 30 Aprile 1879

Gestanti entrate N.° 102. *Parti naturali N.°* 76. *Parti artificiali N.°* 18.

Uscite senza aver partorito N.° 2. *Decessi N.°* 4. *Decessi N.°* 1.

ABORTO	PARTI PREMATURI PROVOCATI	ESTRAZIONI Manuali	RIVOLGIMENTI	PLACENTA PREVIA	APPLICAZIONI DI FORCIPE	EMBRIOTOMIE
1.°/(16) Giunta in clinica in travaglio — Gravidanza al 2° mese — Estrazione dell'uovo abortivo — Non si rinvenne embrione — Madre uscita sana.	1.°/(26) Pelvi irregolarmente ed universalmente ristretta-piatta — Parto provocato — Metodi Kiwisch Krause e Barnes — Presentazione di Sp. S. DA. — Versione cefalica con manovre esterne — Tentativo di forcipe allo stretto superiore; nel frattempo il feto muore. Craniotomia trapano Braun, cefalotrissia forcipe Guyon. La donna abbandona l'ospizio in 14ª giornata. 2.°/(64) Parto provocato al principio del 9° mese per cardiopatia organica complicata a pleurite destra — (Metodo Krause) — Feto vivo. Madre degente ancora nella clinica per la persistente pleurite — Fu eseguita già per ben tre volte la toracentesi — Condizioni generali molto migliorate.	1.° (290) Presentazione ovoidepodalico incompleto (varietà natiche) — Uncinazione digitale. Feto asfittico rianimato puerperio regolare.	1.°/(9) Rivolgimento di cui al N.° 1 Placenta previa. 2.°/(31) Spalla sinistra in posizione cefalo-iliaca destra. Si tenta la versione col mezzo di manovre esterne cercando di abbassare la testa; coll'esplorazione si sente infatti il vertice ma alto: si rompono le membrane e cola in abbondanza il liquido amniotico; la testa però sfugge sulla fossa iliaca e là si sente nuovamente la spalla accompagnata da funiculo pulsante: Alla parte sinistra del bacino si sente un piede, lo si afferra, l'evoluzione è facile — Il feto asfittico si rianima facilmente. Puerpero morboso per setticemia — La paziente è ancora nella clinica per Gonilite d.ª setticemica — L'articolazione mediante un trequarti fu punta e ripetutamente lavata con soluzione fenicata — Esito felice.	1.°/(9) Placenta previa — Distacco della zona cervicale della placenta, rottura delle membrane — Rivolgimento — Feto vivo. Madre morta dopo 28 giorni per trombosi del plesso utero ovarico — Fusione icorosa del trombo e piemia consecutiva. 2.°/(92) Placenta previa marginale — Distacco della zona cervicale — Rottura delle membrane introduzione di un sacchetto di Barnes. Il feto muore — Estrazione della placenta — Parto alla natura — Madre salva.	1.°/(28) Forcipe Pajot allo stretto superiore pelvi piatta rachitica C.V.78 — Feto asfittico rianimato — Madre con puerperio normale. 2.°/(33) Pelvi rachitica piatta — Forcipe allo stretto inferiore per inerzia uterina e feto in pericolo — Feto nato morto — Madre dimessa in 20ª giornata. 3.°/(39) Pelvi regolarmente ed universalmente ristretta — Forcipe Simpson al distretto inferiore per la lunghezza del travaglio e febbre — Feto asfittico rianimato — La madre esce in 11ª giornata. 4°/(52) Forcipe Simpson alla parte alta dello scavo per irregolarità dei battiti fetali e scolo di meconio — Feto e madre salvi. 5°/(53) Forcipe Simpson nello scavo per inerzia relativa e minaccia della vita del feto. (Mancata rotazione - V.D.P). Esito felice per ambedue. 6°/(282) Pelvi piatta — Forcipe Simpson allo stretto superiore per stenosi pelvica (C E. 18.5) inerzia uterina e pericolo per il feto — Asfittico rianimato — Puerperio buono. 7.°/(292) Forcipe al perineo per soverchia resistenza dello stesso — Esito buono per la madre e per il feto. 8.°/(151) Pelvi rachitica piatta C.V. 76 — Forcipe Pajot allo stretto superiore — Il feto muore tre minuti dopo l'estrazione — Madre ancora in clinica per parametrite sinistra. 9.°/(47) Forcipe Simpson allo stretto superiore per stenosi pelvica — Esito felice per la madre e per il feto.	1.°/(71) Presentazione di spalla S. DA — Complemento strumentale dell'evoluzione spontanea coll'uncino acuto. — Puerperio normale. 2.° Craniotomia e cefalotrissia di cui al N.° 1 ne' parti prematuri provocati. 3.°/(97) Stenosi pelvica — Presentazione di vertice con procidenza di funicolo ombelicale che ben presto cessa di pulsare — Craniotomia con trapano Braun — Cefalotrissia col forcipe Guyon — Puerperio morboso per febbre traumatica — Madre guarita. 4.°/(300) Pelvi piatta rachitica Pres. Sp. Sin. D.A. Eviscerazione — Rachiotomia — Madre esce dopo 28 dì.

ISTITUTO OSTETRICO DI TORINO.

Movimento clinico-operativo dal 1.° Gennaio al 30 Aprile 1879

Gestanti entrate N.° 87.

Uscite senza aver partorito N.° 3.

SEZIONE STUDENTI.

Parti naturali N.° 67. *Parti artificiali N.°* 11.

Decessi N.° 7. *Decessi N.°* 3.

ABORTI E PARTI PREMATURI PROVOCATI	APPLICAZIONI DI FORCIPE INGLESE	RIVOLGIMENTI	EMBRIOTOMIE	GASTRO-ISTERO-OVARIOTOMIE
1. Aborto al 6° mese per idramnios — Puntura delle membrane in alto — Scolo di 9 chilog. di liquido — Puerperio normale. 2. Parto prematuro provocato al principio del 9° mese per vizio pelvico di 2° grado. Feto vivo. Puerperio patologico — Guarigione. 3. Parto provocato per idramnios al principio del 9° mese. Uscita di 4 chilogrammi di liquido. Feto vivo — Albuminuria — Puerperio patologico — Morte. 4. Parto provocato per edema polmonare nefrite ed albuminuria al 7° mese. Feto vivo. Madre morta nel puerperio per edema polmonare. *Metodi usati* — Oss. 1.ª 3.ª e 4.ª Krause. Oss. 2.ª Tarnier.	Allo *Stretto superiore* in N.° di 3 sempre per vizio pelvico: in 2 il vizio era di 1.° grado con inerzia uterina, nel 3.° per testa trattenuta da vizio pelvico di 2.° grado — C.V. 76mm — In tutti esito felice. In quest'ultimo le trazioni si fecero coll'apparecchio del Joulin. Feto vivo — Puerperio morboso — Guarigione. Nello *Scavo* — 2 per inerzia uterina con esito felice. 1. Nella parte superiore dello scavo per mancanza del moto di progressione, leggiera stenosi e testa voluminosa. Esito felice.	*Esterno cefalico* — 2 Nell'ultimo mese di gravidanza per presentazione traversale, ridotte in prasentazione di V. con successivo parto pel vertice. *Podalico esterno* — N.° 2. 1.° V. mobile allo stretto superiore vizio pelvico di 2° grado. Testa inclinata sul parietale anter. Esito felice. 2.° Presentaz. di spalla sinistra — Posiz. C.I.S. Dorso posteriore — Vizio pelvico di 2° grado — Gravidanza al principio del 9° mese — Procidenza del funicolo — Feto morto in travaglio. Madre: puerperio anormale per parametrite doppia. — Guarigione.	1. *Craniotomia* susseguita da *cefalotripsia* colle tenaglie basiotomiche del Fabbri modificate. Estrazione col cranioclaste del Braun — Puerperio normale.	N.° 2 Per grave vizio pelvico 3° grado 1.° Claudicante, Bacino obliquo rachitico, scoliotico. C.V. 45mm Feto vivo. — La donna è tuttora nella clinica e tutto fa sperare un completo ristabilimento. 2.° Bacino piatto-rachitico. C.V. 45mm Morì al secondo giorno di peritonite — Feto vivo.

Gestanti entrate N.° 48.

Uscite senza aver partorito N.° 2

SEZIONE ALLIEVE LEVATRICI.

Parti naturali N.° 32. *Parti artificiali N.°* 8.

Morte 2 di affezioni lente preesistenti nella gravid. *Decessi N.°* 1.

OPERAZIONE DURANTE LA GRAVIDANZA	APPLICAZIONI DI FORCIPE	RIVOLGIMENTO
Incisione di estesa cicatrice occludente il lume della vagina quasi completamente a 3 cm. dell'orifizio esterno — Cicatrice risultante da lacerazione estesa vulvo-vaginale per pregressa applicazione di forcipe nello scavo. Pel foro comunicante coll'interno della vagina passava appena un piccolo specillo. Incisione crociata — Dilatazione colla spugna fenica preparata. La donna uscì prima di partorire.	Allo *Stretto superiore* N.° 2 — 1.° Vizio pelvico di 2° grado — Testa deviata a sinistra — Rivolgimento fallito per mancata evoluzione — Feto morto — Craniotomia — Estrazione col Forcipe. 2.° Vizio pelvico di 1° grado — Inerzia assoluta per atonia. Nello *Scavo* — N.° 1 per spasmo uterino. — N.° 3 per mancanza di moto di rotazione ed inerzia uterina, delle quali nell'ultima mancò il moto di progressione dalla parte superiore dello scavo per testa voluminosa ed inerzia uterina semplice.	*Podalico interno.* 1. Placenta previa centrale — Gravidanza al termine dell'8° mese — Donna portata in Clinica in soprapparto — Emorragia grave fuori dell'Ospizio — Cura ostetrica nel periodo di dilatazione col metodo rigoroso del Barnes — Esito felice.

Volume I. Giugno 1879.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

IL MATERIALE INFETTANTE

E LA

PROFILASSI ANTISETTICA

NELLA

PARTORIENTE E NELLA PUERPERA

Prelezione al Corso di Ostetricia detta nella R. Università di Modena addì 2 maggio 1879

DAL

Dott. ALESSANDRO CUZZI

PROFESSORE-DIRETTORE DELLA CLINICA OSTETRICA

Signori — Un ostetrico Inglese, il Duncan, in uno de' suoi ultimi lavori ha scritto che i decessi che si verificano durante il puerperio hanno il potere di attirare vivamente l'attenzione dei medici ed anche dei non medici (1). L' opinione pubblica appunto si agita e si commove nei dintorni delle case di Maternità allorquando la mortalità si fa rilevante, allorquando vi domina una epidemia puerperale. Sembra quasi che con questo suo interessarsi essa voglia manifestare il desiderio che la partoriente sia protetta colla massima sollecitudine e con le maggiori cure. Ed a ragione; perchè i pericoli cui va incontro la donna nel combattere quell' aspra battaglia della vita, che

(1) Duncan. Remarks on antiseptic midwifery in British. Med. Iourn. 1879, febbraio 15 e 22.

chiamasi parto, sono numerosi, soventi improvvisi e soventi anche imprevisti. Difatti le cause che ponno rendere il puerperio morboso, sono molteplici e svariate; fra di esse però tiene il primo posto e domina il campo negli Ospizî di Maternità la *infezione*. Attorno a questo causa vengono a raggrupparsi tutte quelle manifestazioni patologiche puerperali dovute all' assorbimento di sostanze organiche in via di decomposizione, e che una volta erano conosciute col nome complessivo di *febbre puerperale*. La triste fama che aleggia attorno a questo nome, cangiato oggidì in quello di processi puerperali, non può sicuramente esservi ignota; essa ha messo e mette tuttodì sopra pensiero e medici e amministratori di opere pie; per essa è sorto il problema se le Maternità debbano essere considerate come un vero beneficio per il povero, o se piuttosto non debbano essere abolite; contro di essa gli Ostetrici hanno attuato una serie di misure, alcune delle quali formano una sezione della terapeutica ostetrica, sezione che dalla natura delle sostanze adoperate potrebbe chiamarsi *Ostetricia antisettica*. È mia intenzione richiamare la vostra attenzione su questa parte importantissima della scienza nostra, e precisamente su quanto potrebbe chiamarsi: *profilassi antisettica nella partoriente e nella puerpera*. Ha detto il prof. Chauffard che la terapeutica è basata specialmente sull'eziologia; credo quindi utile il far precedere *qualche considerazione sul materiale d' infezione. Quod sufficit ad cognoscendum, sufficit ad curandum;* una volta conosciuto il nemico sarà più facile combatterlo.

La infezione puerperale non ha nulla di specifico; essa non risiede punto nell'introduzione nel circolo sanguigno di un virus speciale proprio delle puerpere, ma bensì nell' assorbimento di sostanze organiche in via di decomposizione.

Se si riunissero in uno stesso locale molte donne colpite da metropatie (fibromi, cancro, ecc.), e si eseguissero sulle medesime atti operativi nella sfera genitale, io credo che andrebbero soggette alle stesse forme infettive delle puerpere tenuto conto ben inteso delle differenze dovute al relativo sviluppo

del sistema venoso e linfatico, al numero delle lesioni, alla estensione delle superficie di assorbimento e via dicendo. Come materiale da infezione, cioè capace di alterarsi e rendere il puerperio morboso se assorbito, tiene un posto importantissimo l'escreto lochiale. Esaminiamolo quindi un po' da vicino. Studiati al microscopio i lochi si vedono composti di un liquido che tiene in sospensione diversi elementi figurati, quali, ad esempio, globuli rossi, massime nella lochiazione delle prime 24 ore, globuli bianchi, cellule di epitelio pavimentoso della vagina, isolate o riunite fra loro in modo da formare piccoli lembi, ecc. Gli elementi però importanti dal punto di vista speciale che ci occupa sono costituiti da piccole granulazioni organiche, che segnano la prima aurora della vita vegetativa e che sono conosciute col nome complessivo di *Bacterii*. Intendo dare a questa parola un significato molto esteso, e come il Magnin (1), vorrei con essa comprendere tutti quei microorganismi che sono noti nella scienza col nome di schizofiti, schizomiceti, monadi, vibrioni, bacteridii, ecc., ed ai quali convengono così bene le parole di Lucrezio: *corruptio unius, generatio alterius*. Se lo strato liquido del preparato microscopico è abbastanza sottile, o se l'escreto lochiale venne allungato con liquido indifferente (cloruro sodico 0, 75, acqua distillata 100) previamente esaminato (2), negli spazi liberi esistenti fra globulo e globulo o fra gruppo e gruppo di elementi figurati, si osservano piccole granulazioni, che pei caratteri che le distinguono, devono essere considerate come bacterii. Appaiono di già nei lochi delle prime dodici ore del puerperio e si presentano con una forma rotondeggiante o leggermente ovoidea, regolarmente ripetentesi. Ad un dato punto di distanza focale hanno un aspetto splendente e fortemente rifrangente la luce; girando lentamente la vite micrometrica assumono colore oscuro. Questi bacterii sono do-

(1) Magnin. Les Bacteries, thèse de Paris, Savy editeur, 1878.

(2) Il liquido indifferente deve essere previamente e debitamente esaminato perchè potrebbe contenere esso stesso dei bacterii.

tati di movimento; non un semplice movimento Browniano, ma un vero moto di traslazione perchè si vedono correre nel campo del microscopio, ora in linea retta, ora in linea curva, talvolta con notevole rapidità. Essi sono isolati e liberi nel liquido che li contiene; nei lochi del secondo e del terzo giorno però si osservano anche riuniti fra loro a due, a tre, a quattro, a guisa di catenella. Ciò si spiega ricordando il loro modo di riproduzione che si fa per spore e per scissiparità; in quest'ultimo caso ciascun corpuscolo si strozza a guisa di biscotto, e se la sezione incominciata si completa, ne risulteranno due individui nuovi a forma globosa e liberi come la bacteria madre, se la sezione resta incompleta avremo le forme di catena.

Nei lochi del secondo e del terzo giorno si incontra un'altra varietà di bacterii che hanno forma cilindrica sottile, aspetto pressochè incoloro, e dotati di movimento oscillatorio spontaneo. Ora isolati e liberi, altre volte questi bacterii si presentano anch'essi riuniti ad articoli in numero di due a tre. Con un ingrandimento che passa i mille diametri (obbiettivo ad immersione) mi parve che fossero muniti di ciglia vibratili; ciò non deve recar meraviglia, perchè è conosciuto che le ciglia vibratili furono di già constatate in un grande numero di bacterii, ad esempio nello *spirillum volutans, nel vibrio serpens,* in più specie di *bacilli,* e recentemente da Dallinger e Druysdale anche nel *bacterium termo.* È solo nei più piccoli di questi vegetali che finora non ne venne affermata la presenza.

Sono questi, o signori, i primi risultati di una serie di ricerche che io avevo intrapreso nello scorso marzo sul *bacterium puerperale* (permettetemi per ora di chiamarlo così) e che circostanze indipendenti dalla mia volontà mi hanno impedito di proseguire. Quantunque monche ed incomplete, ho creduto però di doverle riferire perchè forse non inutili per l'argomento che ho impreso a svolgere. Che poi le granulazioni così minutamente descritte, siano veramente bacterii, penso non possa esservi dubbio; Naegeli difatti ha detto che

movimento spontaneo in linea retta o curva, regolarità di forme e di dimensioni, riproduzione, sono caratteri sufficienti per differenziare i bacterii dalle semplici granulazioni organiche risultanti da detritus di cellule e di tessuti. E tali caratteri noi li abbiamo appunto verificati nelle nostre granulazioni. Volendo classificare questi bacterii, per considerazioni scientifiche che sarebbe forse fuori di luogo svolgere in questo momento, io credo che quelli a forma sferica non siano altro che *micrococcus crepusculum*, il *monas crepusculum* di Ehrb, della specie Zimogenes, del genere *Micrococcus*, della tribù degli *Sferobacterii*, che è appunto descritto come avente corpo globoso ed incoloro e che compare in tutte le infusioni di sostanze vegetali ed animali in via di scomposizione; quelli invece a forma cilindrica sarebbero *bacterium termo e lineola* della specie Zimogenes, del genere *bacterium*, della tribù dei *microbacterii* che sono descritti come formati da cellule cilindriche, con corpo munito di ciglia, e che appaiono pure di buon'ora nelle infusioni di sostanze organiche in via di decomposizione (1).

(1) La classificazione dei bacterii data dal Cohn nel 1872 è semplice, pratica e sufficiente per questo studio. Io ho ricorso ad essa per battezzare i microorganismi incontrati nei lochi.

Il Cohn ha diviso i bacterii in quattro tribù.

1.° *Sferobacterii* o a corpo globulare.

2.° *Microbacterii* o a piccoli bastoncini.

3.° *Desmobacterii* o a filamenti retti.

4.° *Spirobacterii* o a filamenti contorti.

Negli sferobacterii trovasi un genere unico, il genere *Micrococcus*, che si suddivide in tre specie: il *M. cromogenus o pigmentario*, il *M. Zimogenes o delle fermentaziomi*, ed il *M. patogenes o delle affezioni contagiose.*

I microbacterii hanno pure un genere unico, il *g. Bacterium* con tre specie: il *B. della fermentazione lattica od acetica*, ecc.; il *B. della putrefazione;* ed il *B. cromogenus o del pus colorato.*

I desmobacterii comprendono il genere *bacillus* e *Vibrio;* il primo fatto da desmobacterii a filamenti rettilinei (*B. subtilis* col *B. anthracis* per varietà); il secondo è composto di quelli a filamenti leggermente ondulati (*V. rugula* e *V. serpens*).

Infine gli spirobacterii sono divisi nei generi *spirillum* e *spirochaete* che comprendono quattro specie: Sp. *plicatile, tenue, undula, volutans.*

Orbene nella tribù degli *Sferobacterii*, genere *Micrococcus* specie *Zimogenes*

Donde provengono questi bacterii? La questione della loro origine è intimamente legata con quella delle generazioni spontanee. Possiamo oggidì parlarne con una certa sicurezza, perchè la lotta fra gli eterogenisti ed i panspermisti, iniziata dal Redi e che ebbe per primi campioni il Needham e lo Spallanzani pare finalmente risolta. Il Bacterium che trovasi nei lochi proviene da bacterii e germi preesistenti. Il Bacterio è certamente l'essere il più diffuso; i suoi germi si incontrano da per tutto: nell'aria, nell'acqua, aderente alla superficie dei corpi solidi ecc. Schutzenberg nel suo libro sulle fermentazioni dà due figure microscopiche delle spore dei bacteri contenuti nell'aria assieme al pulviscolo atmosferico (1). Tyndall facendo penetrare un raggio di luce in una camera oscura ha pure reso visibili questi corpuscoli organizzati (2). Ha scritto lo Scultze in un lavoro sulla medicazione antisettica di Lister che finora non venne dimostrato con esperienze convincenti che una sostanza possa putrefare da sè senza che un eccitatore della putrefazione ne dia la spinta (3). Si è d'accordo nel ri-

si trova il *Monas crepusculum* o *M. crepusculum*, che viene descritto nel seguente modo: cellule globulari incolore, che si sviluppano in tutte le infusioni di sostanze vegetali od animali in via di decomposizione. Questa descrizione conviene perfettamente al bacterio a forma globulare da noi visto nei lochi.

Nella tribù dei *Microbacterii*, gen. *bacterium*, specie B. della putrefazione, si trova il *B. termo*, che è detto formato da: cellule cilindriche, isolate, qualche volta riunite 2 a 2, dotate di movimenti oscillatori, e che appare di buona ora nelle infusioni di sostanze vegetali ed animali; ed il B. *catenula* che ha: corpo filiforme, cilindrico, soventi riunito a 3-4 articoli, trovasi nelle infusioni fetide, nella febbre tifoide (Coze e Felz). Ai bacterii a corpo cilindrico visti nei lochi mi pare che convengono appunto i caratteri dei B. termo e catenula (V. Magnin, loc. cit.)

(1) Schutzenberg. Le fermentazioni. Milano, Dumolard editori, 1876, pag. 311. Le due figure in questione sono tolte alla Memoria del Pasteur sur les corpuscules organisés qu'existent dans l'atmosphere. Ann. de Chim. et de phys. t. LXIV, p. 27.

(2) Tyndall. La putrefaction et la contagion avec l'etat optique de l'atmosphère, in Revue scient.

(3) Scultze. Sulla medicatura antisettica alla Lister delle ferite, raccolta Volkmann. Napoli, Vallardi, 1878. L'originale tedesco venne edito fino dal 1873; le parole scritte allora ebbero col tempo una più ampia conferma.

conoscere tale proprietà nei bacterii. L' aria tiene in sospensione permanente le loro spore, le quali messe in favorevoli condizioni si sviluppano e si moltiplicano.

L'atmosfera degli ospedali pare ne contenga un numero maggiore; diffatti il Quinquaud versando goccioline d' acqua provenienti dalla fusione del ghiaccio esposto nelle sale ospitaliere (sul quale appunto si vedono depositarsi innumerevoli corpuscoli dell'aria) in vasi contenenti materie animali fresche, ha constatato la putrefazione farsi due volte più presto che all'aria libera (1). Nelle Maternità si trovano riunite molte condizioni favorevoli allo sviluppo dei bacterii. Le pezze intrise nell'escreto lochiale, sangue, liquido amniotico, frustoli di placenta o di membrane, o qualunque altra sostanza organica che accidentalmente si trovi nelle camere del parto o del puerperio, putrefacendosi dànno luogo a sviluppo di micro-organismi, che diffondendosi per le sale viziano l'atmosfera dell'Ospizio. Donde si capisce facilmente l'utilità di una grande nettezza e di una buona ventilazione; la prima diminuirebbe lo sviluppo dei germi, la seconda rinnoverebbe e cambierebbe l'aria carica di spore. Donde anche l'utilità di avere un piccolo numero di letti in un grande locale, perchè ad eguali condizioni l'aria conterrà sempre un minor numero di germi, e sarà relativamente parlando più pura. Si comprende eziandio la convenienza di isolare le puerpere con lochiazione abbondante e fetida, e colpite da processi gangrenosi e difterici delle vie genitali, perchè costituiscono veri focolai di inquinamento dell'atmosfera. Ma viene pure di naturale conseguenza il precetto di praticare nebulizzazioni fenicate nell'atmosfera delle sale, di cambiare frequentemente la biancheria del letto, di lavare e di annacquare abbondantemente il suolo con acqua fenica, di abbandonare momentaneamente ed alternativamente le infermerie per disinfettare letti e paglericci, scrostare ed imbiancare le pareti. Da ulti-

(1) Quinquaud. Essai sur le puerperisme infectieux chez la femme et chez le nouveaux-né. Paris 1872, pag. 54.

mo è evidente che la vicinanza delle sale chirurgiche, degli anfiteatri anatomici, e delle latrine, se non sono situate in luogo conveniente, possa riuscire dannosa per i comparti di maternità perchè ponno espandere un'atmosfera corrotta che potrebbe avere una triste influenza sull' andamento del puerperio, se la direzione dei venti la spingesse verso i locali occupati dalle puerpere. I germi dei bacterii sospesi e volitanti nell'atmosfera durante le cure di nettezza che abitualmente si prestano alle puerpere venendo in contatto coi genitali femminei, trovano nel secreto lochiale condizioni favorevoli al loro sviluppo e vi si riproducono. I lochi in tal modo si alterano, si putrefano, e se assorbiti dànno luogo alla infezione. Se il numero, la sede e l'entità delle lesioni traumatiche del parto, il luogo dove avviene l'assorbimento (corpo dell' utero, collo, vagina, vulva), le vie per le quali si effettua (linfatici, vene, connettivo), la presenza di una mucosa e la vicinanza di grossi tronchi venosi e linfatici, di una vasta sierosa e di abbondante connettivo, spiegano la varietà delle forme morbose locali infettive, e la formazione di focolai secondari di inquinamento, pare però che si debbano anche ammettere due forme di setticemia, l'una quella di putrefazione, ben conosciuta dagli antichi, e che sarebbe dovuta all'assorbimento di lochi putrefatti, l'altra, la ordinaria nella quale il secreto lochiale assorbito si trova probabilmente in uno stato particolare di alterazione diverso dalla putrefazione e probabilmente contenente il microsporon septicum di Klebs e la sepsina. Alcuni dei bacterii a forma sferica dei lochi non potrebbe darsi che fossero veri microsporon septicum? Io lascio senza risposta questa domanda, perchè le mie osservazioni, poco numerose, non mi permettono un giudizio definitivo, come pure non mi arrischio ad affermare che il monas crepusculum, il b. termo, il b. lineola siano le sole forme di micro organismo contenuti nei lochi; per me però basta il constatare, e ciò mi pare evidente, che le spore di bacteri depositandosi nei lochi li alterano, e che i lochi alterati, se assorbiti rendono il puerperio morboso. Ed in tal

modo mantengo quelle saggie riserve che sono ancora necessarie allorquando si parla degli eccitatori delle malattie infettive, perchè, come disse or non è molto lo Steudener, siamo ancora lontani dalla risoluzione finale della questione intorno alla natura dei contagi (1).

L'aria delle sale può riuscire funesta anche in altro modo. Dice lo Schröder che piccole particelle organiche in via di putrefazione e sospese nell'aria venendo in contatto colle vie genitali possano ivi depositarsi e dar luogo alla infezione (2). Pare che ciò avvenga specialmente quando l'atmosfera delle sale viene viziata da gas fetentissimi che si sviluppano nell'utero nei casi di tentativi di liberazione non riusciti, e che dando accesso all'aria esterna nella camera uterina rendono possibile la putrefazione del feto. Ed io inclino a credere che la epidemia che si è manifestata nell'Ospizio di Santa Caterina in Milano, nel settembre 1878, da me già accennata in un lavoro letto al Congresso medico di Pisa (3), abbia appunto avuto questa origine, e si sia in parte propagata per le molecole organiche che si trovavano sospese nell'atmosfera delle sale.

Una sostanza la quale alterandosi e putrefacendosi può essere causa di infezione è rappresentata dal secreto vaginale, e dalle mucosità provenienti dal collo e che trovansi nelle vie genitali durante il soprapparto. Micro organismi potrebbero accidentalmente introdursi nelle vie generative e ci impongono l'obbligo di lavarle e disinfettarle con diligenza.

Il dito esploratore può dare luogo alla infezione. Per chi vive nelle maternità, dove si impartisce l'istruzione pratica ostetrica sorge naturalmente a questo proposito una grossa questione, la questione delle esplorazioni. Sarò sincero ed esporrò schiettamente l'animo mio. Io sono convinto che a circostanze

(1) Steudener. Gli organismi vegetali come cause di morbi. Conferenze di Volkmann. Napoli, Vallardi, 1878.

(2) Schröder. Manuel des accouchements. Trad. Charpantier, pag. 652.

(3) Contribuzione allo studio ostetrico del cloridrato di pilocarpina. Osservatore, Gazz. delle Clin. 1878.

eguali, *coeteris paribus*, i pericoli che minacciano la donna siano in ragione diretta del numero delle esplorazioni. Non si deve quindi esplorare senza necessità. In vario modo può l'esplorazione vaginale essere nociva, sia producendo abrasioni della mucosa vaginale e del collo uterino, sia anche col dare accesso all'aria atmosferica che può essere impregnata di germi nel canale genitale, oppure col portarvi sostanze settiche che per avventura ponno essere aderenti al dito esploratore, o nascoste sotto il bordo ungueale. Più la esplorazione è fatta con poca dolcezza e senza precauzioni, e maggiori sono i danni che ponno venir in scena. Fortunatamente però certe misure profilattiche, una diligente *toilette* del dito esploratore rendono quasi innocue le esplorazioni.

Come il dito esploratore, gli strumenti portati nelle vie generative senza essere stati puliti e disinfettati con cura ponno essere dannosi, perchè oltre l'aprire l'adito all'aria, cosa sempre pericolosa, ponno essere il veicolo di particelle organiche in via di decomposizione, e di bacterii ad essi aderenti.

Alla puerpera due o tre volte al giorno, secondo il bisogno, si prestano abitualmente cure di nettezza e di pulizia, si fanno irrigazioni vaginali, e vengono lavati i genitali esterni. Per queste lavature alcuni adoperano pezze di tela, altri spugne, ecc. È bene ricordarsi che tanto le une come le altre ponno essere sovraccariche di germi e di particelle di sostanze organiche che è bene tener lontano dai genitali femminei.

Il feto che si putrefa nella cavità uterina, la placenta incastonata che non può essere subito estratta, residui di cotiledoni placentari rimasti aderenti alla parete uterina, lembi di membrane che non vennero espulsi, coaguli sanguigni che ponno accidentalmente trovarsi in cavità per metrorragie *post partum*, liquido lochiale che ristagna nell' utero per atresia temporanea dovuta ad una antiflessione fisiologica esagerata, pezzetti e porzioni di tessuto della cervice uterina e della vagina che cadono in sfacelo per la compressione subita durante il travaglio, sono altrettanto materiale che putrefacendosi od alterandosi può rendere il puerperio morboso.

Che l'assorbimento di materiali infettivi sia non solo possibile, ma facile è provato dalle condizioni in cui si trovano le vie genitali dopo il parto. L'utero presenta una vasta piaga nel punto corrispondente all'inserzione della placenta, ed ha il resto della sua cavità tapezzata da una mucosa privata dello strato suo di cellule più superficiali ed in via di esfogliazione: al di sotto di questa mucosa, e specialmente in corrispondenza della piaga placentare si trovano numerosi vasi sanguigni dei quali alcuni rotti, e con orificio beante o chiuso da un coagulo recente ed una ricca rete di lacune e di vasi linfatici. Sul collo dell'utero esistono lacerazioni della porzione sottovaginale che avvengono nel parto anche il più normale. Le pareti vaginali per l'enorme distensione subita sono soventi abrase e talora contuse, l'ostio vaginale, il pudendo, il perineo, i dintorni del vestibolo quasi sempre lacerati e depitelizzati. Più le lesioni sono recenti, e più facile è l'assorbimento che a poco a poco verrebbe impedito dallo sviluppo di provvide granulazioni e dal reintegrarsi della mucosa uterina. È giusto perciò il credere che allorquando materiali capaci di dar luogo all'infezione si trovano di già nelle vie generative durante il parto, le forme infettive debbano essere in proporzione più frequenti perchè più facile l' assorbimento. Ed è veramente provvidenziale che tale stato di cose si verifichi raramente. Durante il puerperio uno strumento portato nelle vie genitali lacerando i bottoni carnosi, o il secreto lochiale alterato corrodendoli e distruggendoli ponno rendere di nuovo possibile l'infezione.

Per prevenire l'infezione, o per attenuarne gli effetti quando è di già incoata, si trova registrata negli annali della scienza nostra una ricca serie di misure, basate sull'uso delle sostanze antisettiche, colle quali l'ostetricia ha di già ottenuti vantaggi non indifferenti. Senza aver punto il pensiero di ricordare tutti i mezzi antisettici che vennero proposti od attuati, mi sia permesso accennare a qualcuno.

Mi soffermo appena sulle irrigazioni vaginali disinfettanti

(acido fenico, acido salicilico, permanganato di potassa, ecc.), perchè note a tutto il mondo. È questa una buona misura igienica, feconda di eccellenti risultati, e che ci fa desiderare che sempre accanto ad ogni vagina da medicare vi sia un irrigatore.

Schulein fa iniezioni vaginali fenicate prima, ed endouterine dopo il parto con una cannula di vetro di Hildebrandt in modo metodico.

Schuking pulisce dopo il parto la vagina con piumaccioli di ovatta, o con spugna bagnata in acqua fenicata al 5 per 100 lascia una siringa a doppia corrente avvolta previamente in garza fenicata a permanenza nella cavità uterina, e con essa eseguisce irrigazioni continue endouterine.

Langenbuch dà la preferenza al drenaggio dell'utero puerperale; un tubo da *drain* è portato fino al fondo della cavità uterina, ed attraverso al medesimo, lasciato a permanenza, si pratica la irrigazione.

Nella clinica ostetrica di Torino si è cercato nello scorso anno 1878 di *annegare* la epidemia che vi dominava in un vero mare fenicato. Tanto nei parti naturali che negli artificiali divaricato il pudendo veniva gettato con potenti polverizzatori un' abbondante nebbia fenica che avviluppava i genitali della donna e la nebulizzazione veniva continuata fin dopo la espulsione della placenta. Più tardi le vie generative venivano occluse con cotone fenicato che si rinnovava a seconda del bisogno e si praticavano iniezioni vaginali.

Bischoff ha applicato il metodo antisettico colle seguenti norme: 1.° bagno generale ed irrigazioni vaginali fenicate durante il soprapparto; 2.° cucitura delle lacerazioni dei genitali esterni con catgut o con filo d' argento previa lavatura con olio fenicato al 10 %; 3.° piccolo tampone vaginale immerso in olio fenicato al 10 % e rinnovato secondo il bisogno; 4.° irrigazioni vaginali nei puerperi normali, ed endouterine nei casi di feto putrefatto, ecc., con acqua fenicata al 2-3 %.

Goodels fa subito dopo il parto una iniezione vaginale di

una soluzione di nitrato d'argento o di persolfato di ferro sufficientemente concentrata per essicare le lesioni traumatiche del travaglio, e promuovere la vegetazione di salutari granulazioni, che impediscano l'assorbimento.

Wilson nei casi di epidemia lava la cavità uterina con una soluzione debole di solfato di ferro nella glicerina, cerca di estrarre ogni coagulo e di mantenere l'utero contratto.

A Milano per prevenire che le lacerazioni perineali si facessero grigiastre e si ricoprissero di essudato giallastro vennero trovate utili le nebulizzazioni feniche, fatte con polverizzatore di Richardson e dirigendone il getto sulla parte lesa (1).

Stando alle considerazioni fatte più sopra sul materiale di infezione e sul modo con cui può venir assorbito, mi pare che una buona profilassi antisettica nella partoriente e nella puerpera si debba prefiggere un triplice scopo:

1.° togliere ed allontanare con sufficiente frequenza i lochi e tutte quelle altre sostanze, che possono alterarsi nelle vie genitali e produrre l'infezione.

2.° impedire il contatto dell'aria viziata ed impregnata dei germi eccitatori della decomposizione delle sostanze organiche colle vie genitali e coi liquidi che le bagnano.

3.° Far in modo che il dito esploratore o gli strumenti non portino nel canale vagino-uterino spore e materie organiche in via di decomposizione.

Sono queste le idee madri che devono essere di guida ad

(1) Un riassunto di buona parte di questi lavori è stato fatto dal dott. Mangiagalli in un suo scritto intitolato « Sul valore del metodo antisettico nella pratica ostetrica » (Gazz. med. ital. Lomb. 1878). Per le Memorie originali consultare: Schulein: Ueber intrauterine Iniectionen mit Carbolsaurelösungen in Wochenbett (Zeitschrift f. Gyn. Bd. II. H. 1). — Schuking: Berliner Klin. Wochenschrift N. 26, 1877. — Langenbuch: Die drainage des puerperalen uterus (Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 2. H. 1). — Bergesio: L'osservatore, Gazz. delle Clin. N. 8. 1878. — Goodel: American suplement of Obstetrical Journal, 1874. — Wilson: Gynecological transactions, 1878. — Cuzzi: Contribuzione allo studio del metodo antisettico in Ostetricia (Oss. Gazz. delle Cliniche, 1878).

una vera profilassi antisettica nella partoriente e nella puerpera; ad esse appunto è informato il piano di cura preventiva che io desidererei fosse adottato nella nostra clinica e che venne già da me attuato in un caso al quale accennerò un po' distesamente più innanzi. Amo notare che molte delle misure antisettiche che verrò esponendo non hanno nulla di nuovo, e che la maggior parte venne di già messa in pratica dai diversi ostetrici, ma in modo parziale. Si è dal loro insieme eseguito con diligenza, con pazienza e colla convinzione non solo della loro utilità, ma della loro necessità in tutte le minuzie e sottigliezze che possiamo essere in diritto di attendere risultati superiori a quelli fin qui ottenuti.

Per procedere nell' esposizione con maggior ordine e chiarezza, io supporrò un caso pratico; vediamo quale dovrà essere la nostra condotta dal momento in cui la donna si mette in soprapparto, fino a quello in cui abbandonerà il letto del puerperio.

L'ostetrico o la levatrice vengono avvertiti che una donna accusa dolori di parto. Prima cosa a fare è quello di constatare se il travaglio è veramente avviato ed a qual punto si trova. L'esplorazione è necessaria: si esplora la donna dopo di aver unto il dito con olio fenicato al 2 %.

Constatato che la donna è in soprapparto è conveniente dare un bagno generale di pulizia se ve ne è il tempo. Si deve quindi lavare e disinfettare il canale genitale nel quale sappiamo trovarsi mucosità, secreto vaginale e probabilmente spore di micro-organismi ivi pervenuti col dito o coll'aria durante la esplorazione poco prima eseguita. Ciò si ottiene mediante una irrigazione vaginale antisettica che deve però essere eseguita con norme speciali. Per liquido da irrigazione credo utile dare la preferenza all'acqua fenicata nella proporzione del 15 a 20 ‰. Più debole non la credo abbastanza potente per uccidere i germi, più forte sarebbe soverchiamente irritante, tanto più che la irrigazione deve durare per un certo tempo, e darebbe luogo a bruciore e dolori. Questa proporzione io l'ho determinata nel seguente modo.

Facendo tesoro degli ammaestramenti del Lister che ha trovato essere una soluzione al 2,5 % da usarsi per nebulizzazioni sufficiente per l'esecuzione del suo metodo antisettico, ho cercato quale era il consumo in una data unità di tempo dell'acqua fenicata e dell'acqua portata all'ebollizione nella caldaia dello Spray. Ho visto che la nebbia fenicata lanciata dal nebulizzatore sarebbe costituita da vapore acqueo contenente acido fenico nella proporzione del 17 a 18 ‰, donde dedussi che la soluzione fenicata conveniente per le irrigazioni vaginali dovrebbe contenere dall'1 ½ al 2 % di acido fenico. E l'esperienza clinica mi ha provato come tale soluzione sia benissimo sopportata dalle puerpere.

Per attuare tutte le misure antisettiche che andrò esponendo occorre una grande quantità di acqua fenicata. Non dobbiamo essere avari di questa sostanza. Credo quindi opportuno l'aggiungere qualche nozione sul modo di preparare la soluzione fenicata. L'acido fenico che si vuole usare deve essere bianco, trasparente, poco odoroso; più è bianco. e maggiore è la sua purezza (1). La soluzione sarà preparata in grande nel seguente modo. In un vasto recipiente si mette dell'acqua calda filtrata in una quantità conosciuta; si pesa il corrispettivo di acido fenico che si deve impiegare, e quest' acido fenico si scioglie da prima in una certa quantità di alcool; la soluzione alcoolica di acido fenico così ottenuta si versa quindi nell' acqua calda. Con tali cautele la soluzione si farà in modo completo e si eviterà la formazione di quelle goccioline di acido fenico, le quali si vedono notanti nel liquido delle soluzioni mal fatte o raccolte sul fondo del vaso, e che portate nelle vie genitali mediante l'irrigatore possono cauterizzare la mucosa integra oltre il dolore a cui danno luogo.

Preparato il liquido da irrigazione si sceglierà un addatto irrigatore. Una semplice clisopompa ordinaria può servire allo

(1) Lucas Championnière. Chirurgie antiseptique, principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister. Paris 1876.

scopo; meglio di tutti un grosso irrigatore Eguisier. La cannula che dovrà essere portata nella vagina per dirigere il getto del liquido sarà previamente lavata e disinfettata. Potrà adoperarsi la stessa cannula aderente al tubo dell'irrigatore Eguisier, ma meglio ancora una cannula vaginale che si adopera per le ordinarie irrigazioni. A questo punto permettetemi una parentesi. Siccome è necessario che durante il puerperio ogni donna abbia una cannula vaginale per suo uso esclusivo onde evitare possibili ed eventuali etero-infezioni, così si potrebbe adoperare senz'altro quella cannula che dovrà servire alla futura puerpera. È dunque conveniente aver sotto mano una certa quantità di queste cannule in numero proporzionato al movimento giornaliero delle puerpere e che presentino riunite le proprietà della poca spesa, della lunga durata, della facile nettezza, e della possibilità di essere tenute a lungo in una soluzione fenicata senza alterarsi. Appunto accanto ad ogni puerpera deve esservi un piccolo recipiente cilindrico munito del rispettivo coperchio, pieno di acqua fenicata al 5 % abbastanza grande per contenere interamente sommerse le dette cannule. Le cannule ordinarie costrutte in filo e gomma sono ben presto alterate e guaste dalla soluzione fenicata. Per evitare questo inconveniente io ho dato commissione al Tecnomasio Italiano di Milano di costruirmi cannule in vetro, sul modello delle ordinarie cannule vaginali dotate di sufficiente robustezza per assicurarci contro una eventuale rottura per il loro uso giornaliero. Tali cannule presentano vantaggi non indifferenti; esse difatti possono essere mantenute a permanenza nell'acqua fenicata, possono di tanto in tanto essere lavate e disinfettate con acido solforico che distrugge ogni molecola di sostanza organica anche annidata in anfrattuosità che sfuggono agli ordinari mezzi di nettezza, e stante la loro trasparenza con un semplice sguardo sarà facile assicurarci delle loro condizioni di nettezza.

Per dirigere il getto dell'irrigatore, per facilitare il reflusso del liquido, per distendere le pliche della mucosa vaginale e per

mettere all'agente disinfettante di lavare ogni anfrattuosità ed ogni ripiegatura, per rendere possibile al medesimo di agire sul muco aderente ai seni vagino-uterini ed al segmento inferiore dell'utero; per poter portare la soluzione fenicata nel canale cervicale od attraverso alla bocca uterina, una volta il collo scomparso e l'orificio esterno dilatato, è utile l'applicazione dello speculum. È conveniente un modello Fergusson con calibro proporzionato all'ampiezza del canale vaginale in modo da distenderne la mucosa senza che siano necessarie manovre notevoli per superare le resistenze e gli attriti che si incontrano nella sua applicazione; potrebbe pure adoperarsi uno speculum di Cusco a larghe valve. Qualunque sia il modello a cui si darà la preferenza, è di rigore che sia nettato e disinfettato prima di essere adoperato. A tale scopo, dopo averlo ben terso e pulito, sarà tenuto per un certo tempo in una soluzione fenicata al 5 %, dalla quale sarà tolto solo al momento di usarlo.

Oltre la cautela di impiegare strumenti disinfettati, si deve curare che durante l'irrigazione non penetri nelle vie genitali un'atmosfera carica di germi, altrimenti sarebbe come cacciar fuori il nemico dalla porta per lasciarlo entrare dalla finestra. Ad ottenere questo intento si deve fare l'irrigazione in mezzo alla nebbia fenica che circonderà ed avvolgerà la parte inferiore del tronco della donna e specialmente i genitali esterni. L'atmosfera che si trova in rapporto coll'orificio vulvare è in tal modo purificata. Il miglior mezzo per avere, non una pioggia, ma una vera nebbia fenica, poco irritante le parti genitali e le mani di chi eseguisce l'irrigazione, si è l'impiego dello Spray o polverizzatore a vapore. La soluzione fenicata da impiegarsi è quella del Lister al 2,50 %. Un nebulizzatore Siebel, od uno Lister di piccolo modello soddisfaranno benissimo allo scopo. Il dott. Devecchi di Torino ha già leggermente modificato questo nebulizzatore che fece costruire dal Duroni e che funziona molto bene.

Tutto essendo apparecchiato per la irrigazione, si mette la donna nella posizione conveniente, si lavano con una pezza ba-

gnata nell'acqua fenicata i genitali esterni, si fa agire il nebulizzatore, si estrae lo speculum dal suo recipiente e lo si unge di olio fenicato, si applica in mezzo alla nebbia fenica, si addatta la cannula vaginale di vetro, tolta allora allora anch'essa dalla soluzione fenicata, al tubo dell'irrigatore mediante un pezzo di tubo in gomma, e si fa agire l'irrigatore. La irrigazione deve essere della durata di cinque o sei minuti. Quando si vuol cessare, si ritirerà lentamente lo speculum, continuando a dirigere il getto dell'acqua fenicata contro le pareti vaginali che vanno avvicinandosi e mettendosi in contatto fra loro al disopra della bocca dello strumento, e una volta estratto, si spruzzeranno vivamente anche i genitali esterni. Una volta che la donna ha ravvicinate le coscie, lo Spray cesserà di funzionare.

Queste sono le norme, le cautele antisettiche che si devono seguire nella prima irrigazione vaginale. Sono stato a bella posta minuto nella loro esposizione perchè convengono benissimo anche alle doccie ascendenti del Kivisch che vengono impiegate per preparare il collo nella provocazione del parto prematuro. Se il soprapparto dura a lungo, si rendono necessarie novelle irrigazioni vaginali; basterà allora introdurre in vagina la semplice cannula vaginale, omettendo l'applicazione dello speculum, in mezzo alla nebbia fenica procurata da un semplice nebulizzatore di Richardson. Dopo ciò siamo in diritto di ritenere che il canale vaginale della partoriente sia sufficientemente lavato e disinfettato.

Per le necessità del pratico insegnamento, e per sorvegliare l'andamento del travaglio si rendono necessarie le esplorazioni. Ho già toccato dei pericoli, ai quali espongono la donna, pericoli che furono messi anche in evidenza or non è molto dall'egregio mio amico il dott. Bergesio, assistente alla Clinica di Torino (1), e che vengono pressochè annullati da certe misure antisettiche. Tali misure non dovrebbero mai essere tralasciate,

(1) Indipendente, Gazz. med. di Torino, 1877.

massime dagli studenti, che per ragioni di istruzione sono obbligati a toccare sostanze marciose, medicar piaghe, frequentare le sale anatomiche e vivere in un mezzo ricco di materie in via di scomposizione. In certe Università dove gli studenti si sostituiscono per turno settimanale nell'assistenza delle partorienti, è convenientissimo che, durante il tempo in cui essi sono di *guardia* alla maternità, si astengano dal frequentare la Clinica Chirurgica, il gabinetto di anatomia, e via dicendo. La *toilette* del dito esploratore deve essere fatta con coscienza e diligenza. Vicino al letto della partoriente deve esservi un catino contenente acqua fenicata al 2,50 %, ed un bicchiere parimente ripieno della stessa sostanza, nel quale si terrà costantemente immersa una piccola spazzola ed una piccola lima metallica per la pulizia delle unghie. L'unghia del dito esploratore deve essere corta e non presentare scabrosità ed asprezze che potrebbero intaccare l'integrità della mucosa. Saranno tolte tali scabrosità mediante l'uso della piccola lima metallica. L'esploratore rimbocca prima di tutto la manica dell'abito e lava la mano e la parte inferiore dell'avambraccio nell'acqua fenicata; colla spazzola bagnata nella soluzione fenica soffrega vivamente il dito esploratore, specialmente in corrispondenza del bordo ungueale per togliere quelle sostanze organiche che accidentalmente potrebbero essersi insinuate al disotto del bordo libero dell'unghia, e fra le quali appunto potrebbero annidarsi intere colonie di bacterii; e se la spazzola esporta con difficoltà tali sostanze farà passare sotto il bordo libero dell'unghia l'estremità della lima metallica. Non si credano eccessive queste misure perchè il Kehrer ha dimostrato che ferite toccate da dita disinfettate decorrono normalmente, mentre si infiammano se il dito anche pulito non venne disinfettato. Appariranno forse tali cautele troppo nojose e lunghe e mal comode a bella prima; ma quando il materiale necessario si trova a posto, quando non si deve andare a cercare spazzola, lima, acqua fenicata, ecc., cose tutte che debbono sempre esser vicine al letto del soprapparto, la *toilette* del dito non è nè sover-

chiamente lunga, nè fastidiosa, e a poco a poco entra nelle abitudini e si fa quasi senza accorgersene. Una volta il dito disinfettato, si deve subito esplorare. Durante l'esplorazione una certa quantità di aria, forse carica di germi, cerca di farsi strada e di progredire nelle vie genitali assieme al dito. Ad evitare il contatto di un'aria impura, si deve esplorare nella nebbia fenica. Il far agire un nebulizzatore a vapore ogni qualvolta la esplorazione diventa necessaria, è poco pratico; basta allo scopo la pioggia-nebbia creata da un semplice polverizzatore di Richardson.

Prima di abbandonare questo argomento, amo ripetere che io annetto grande importanza alla *toilette* digitale, perchè sono profondamente convinto della sua utilità pratica. Che anzi la credo addirittura indispensabile, perchè molte infezioni delle quali sovente si cerca indarno il punto di partenza trovano la loro spiegazione nella omissione di queste cautele. Meglio esagerare nelle misure preventive che non eseguirle.

A poco a poco si avvicina la fine del travaglio: allorquando il perineo si distende e la parte presentata comincia a far capolino attraverso l'anello vulvare, lo Spray deve funzionare per impedire il contatto delle spore sospese nell'atmosfera col canale genitale beante. Da questo momento fino a secondamento compiuto, ed a *medicazione genitale* eseguita (vedremo fra poco in che cosa consista) il nebulizzatore agirà in modo non interrotto per avvolgere di nebbia fenica continuamente i genitali femminei.

Ancora una parola sulla profilassi antisettica durante gli atti operativi. Al taglio Cesareo, con o senza amputazione utero-ovarica, sono applicabili pressochè le stesse norme che regolano l'ovariotomia. La mano che eseguisce il rivolgimento, il forcipe, il craniotomo, il cefalotribo, il cranioclaste, l'uncino, ecc., prima di essere introdotti nelle parti devono essere lavati e disinfettati. Che anzi gli strumenti saranno mantenuti per un certo tempo in acqua fenicata al 5 % dalla quale verranno tolti solo al momento di essere adoperati. Prima di incominciare l'atto

operativo, la nebbia fenica deve avvolgere la parte inferiore del tronco della donna.

Espulso il prodotto del concepimento, secondata la donna, completato il parto, verificato se placenta e membrane sono integre, io amministro volentieri la segale cornuta per poco che l'utero abbia tendenza all'inerzia.

In tal modo si prevengono le metrorragie *post partum*, si diminuisce probabilmente la quantità di secreto lochiale nelle prime giornate di puerperio, e si rende forse meno facile l'assorbimento di materiali settici in quella ferita cava che è l'utero súbito dopo il parto. Quindici a venti minuti dopo il secondamento, si fa una nuova irrigazione vaginale antisettica. Se il parto fu lungo e distocico, se feto e placenta vennero estratti in istato di putrefazione, bisogna lavare diligentemente anche la cavità uterina mediante un'irrigazione antisettica endouterina. Finalmente, prima di procedere alla medicazione genitale propriamente detta, si fa una fasciatura addominale compressiva, si svuota completamente la vescica con catetere disinfettato, e si cauterizzano le soluzioni di continuità dei genitali esterni con acido fenico per poco che siano estese. In tutto questo tempo lo Spray ha seguitato a funzionare.

Il materiale da medicazione genitale durante il puerperio si compone: di tubi da drenaggio a pareti alquanto resistenti, della lunghezza di 12-15 cent., e del diametro di $^3/_4$ ad 1 cent., di cotone fenicato, di Makintosch e di una fascia di garza fenicata foggiata a T. Per mettere in sito la medicazione è utile una piccola spatola, a bordi smussati che si conserva nella soluzione fenicata fino al momento di adoperarla.

Avvolta una estremità del tubo da drenaggio, previamente disinfettato, in un batuffolo di cotone fenicato, si introduce l'altra estremità nel canale vaginale dopo di averlo leggermente unto di olio fenicato, facendolo penetrare il più profondamente possibile senza ajuto di cannule guidatrici, pinzette, ecc. Generalmente il tubo in tal modo introdotto va fino in corrispondenza del collo uterino con una estremità, mentre l'altra sporge di

qualche centimetro dai genitali esterni. Messo il tubo da drenaggio a posto, colla spatola si divarica una parte laterale dell'orificio vaginale per creare fra esso e il tubo medesimo uno spazio, nel quale si colloca una certa quantità di cotone fenicato che si dispone non solo lateralmente, ma anche in alto ed in basso. La stessa cosa si eseguisce anche dall'altro lato, ed in tal modo avremo collocato un tampone in corrispondenza dell'orificio vaginale, attraverso del quale passa un tubo destinato a permettere l'uscita dei lochi. Il canale vulvare viene parimente occluso con cotone fenicato. Uno strato più superficiale copre tutti i genitali esterni, ed in esso viene a perdersi l' estremità esterna del tubo da drenaggio. Al disopra di esso si mette il Makintosch, ed il tutto viene mantenuto in sede da una fascia a T di garza fenicata, che, circondando l'addome, passa quindi framezzo alle coscie.

In tal modo la medicazione genitale è compiuta, e lo Spray cessa solo allora di funzionare. Nei movimenti che fa la donna cambiando di posizione e mettendosi ora alquanto su di un fianco, ora alquanto sull'altro in un momento nel quale i genitali sono flosci e spesso semibeanti per l'enorme distensione subíta pochi momenti prima, può avvenire che germi di bacterii s'introducano nel canale vaginale, diventando in tal modo origine della sepsi puerperale. Questa medicazione avrebbe appunto per iscopo di ovviare a tale funesto evento.

Non si deve però credere che le cose corrano così lisce come vennero finora esposte. Vicino alla vulva avvi lo sbocco dell'apparato urinario e dell'apparato digestivo. Ad entrambi dobbiamo pensare, per entrambi dobbiamo provvedere. Riguardo all'apparato orinario, rinnovando una volta ogni sei ore la medicazione e facendo nel frattempo orinare la donna, oppure mettendo una sonda a dimora in vescica, che sporga coll'estremità libera al davanti della medicazione, si può credere d'aver superato ogni difficoltà.

Riguardo al retto intestino è la sua vicinanza meno fastidiosa di quella dell'uretra. Si sa difatti che durante il puer-

perio la stipsi è abituale nei primi tre o quattro giorni, e quando la donna sente il bisogno di svuotare l'alvo, si toglie tutta la parte più esterna della medicazione lasciando in sede il tubo da drenaggio ed il tampone vaginale.

Per rinnovare la medicazione genitale, si farà funzionare lo Spray, si toglieranno i pezzi da medicazione, si praticherà una irrigazione vaginale fenicata, si rimetterà una nuova medicazione in sito dopo di aver lavato con cura i genitali esterni con pezze bagnate nell'acqua fenicata (1), e solo allora si farà cessare l'azione del nebulizzatore. Le medicazioni devon essere rinnovate quattro volte al giorno nelle prime quattro giornate di puerperio, un po' più di rado nei giorni successivi, per cessare affatto in settima giornata. Generalmente allora la donna ha superato il periodo più temibile del puerperio, nel quale sogliono svilupparsi i processi infettivi, e si può considerare come fuori di pericolo.

Da quella breve rivista storica dei metodi antisettici, che ho più sopra esposto, si vede che lo Schuking ha proposto e messo in pratica l'uso di una sonda a doppia corrente lasciata a permanenza nella cavità uterina e colla quale eseguiva irrigazioni continue, il Langenbuk l'impiego d'un tubo da drenaggio portato fino al fondo dell'utero e lasciato pure a permanenza, Schulein le irrigazioni endouterine eseguite in modo metodico. Ho creduto di dover impiegare solo un tubo da drenaggio portato fino al fondo della vagina, perchè mi pare che tanto il metodo di Schuking, quanto quello di Langenbuk debbano dar luogo a morsi uterini, rendere sofferente, inquieta ed agitata la puerpera, essere qualche volta punto di partenza di

(1) Si potrebbero usare a tale scopo anche delle grosse spugne; in tal caso bisogna sorvegliare diligentemente la loro disinfezione. La spugna che si vuole impiegare sarà tolta al momento da apposito recipiente contenente acqua fenica al 2,50 per 100. Una volta adoperata, verrà ben bene lavata e spremuta da prima con acqua semplice, nella quale la si lascia per 24 ore; poscia si mette in acqua fenicata al 5 per 100, ove viene lasciata per 48 ore, e finalmente si mette nella soluzione fenicata al 2,50 per 100 assieme alle altre di già disinfettate.

infiammazioni dell'endometrio e del parametrio, e non opporsi in modo sicuro alla sepsi puerperale. Così mi limito pure nell'intervallo delle medicazioni alle semplici irrigazioni vaginali, perchè l'introduzione della sonda nel cavo uterino non è sempre facile, talvolta è dolorosa, e sovente lacera le granulazioni svoltesi sulle soluzioni di continuità del collo ed intacca gli strati superficiali della mucosa uterina in via di rigenerazione. Solo nei casi in cui, ad esempio, avvi ritenzione dell'escreto lochiale, o che i lochi presentano un distinto odore di putrefazione ecc., io vorrei ricorrere alle irrigazioni endouterine.

Giunto a questo punto, io desidero far rilevare che queste misure profilattiche antisettiche nella partoriente e nella puerpera sono di possibile attuazione. E certamente io non le avrei esposte in questa occasione se non le avessi di già sottoposte al saggio della pratica esperienza. In una donna ricoverata nell'ospizio di S. Caterina in Milano sul principio di quest'anno, alla quale per stenosi pelvica si dovette provocare il parto, che venne completato colla cefalotrissia, col consenso del professor Chiara, io, che allora era suo assistente, ho potuto appunto eseguire il piano antisettico sopra tracciato. Le doccie ascendenti del Kivisch per preparare il collo, l'introduzione della siringa nel cavo uterino per provocare le contrazioni, le esplorazioni, la craniotomia e la cefalotrissia, la medicazione genitale durante il puerperio, tutto venne da me fatto colle norme sopra esposte. E devo dirlo, il risultato ottenuto mi pare soddisfacente. In un momento in cui quasi tutti i puerperii erano morbosi, la nostra donna ebbe per un punto di parametrite che rapidamente scomparve, una elevazione termica massima di soli 39°, malgrado una lacerazione del collo fra i due orificii in corrispondenza della parte laterale sinistra, attraverso la quale il dito giungeva nel tessuto cellulare periuterino, ed abbandonava il letto alla 10.ª giornata di puerperio (1).

(1) Durante il tempo nel quale la nostra donna rimase nelle sale del puerperio, si ebbero a curare altre ventuno puerpere e soltanto in cinque il puerperio fu normale.

Io sono ben lontano dal credere che la profilassi antisettica nella partoriente e nella puerpera abbia raggiunto o si avvicini di molto alla perfezione. Le speranze dello Spencer Wels, che nella grande discussione sui rapporti tra la febbre puerperale e la piemia avvenuta nel 1875 in seno alla Società ostetrica di Londra, disse potersi un giorno ottenere dalla cura antisettica dei processi puerperali, gli stessi risultati avuti dal Lister nel campo chirurgico, si sono realizzate solo in piccola parte. Siamo difatti ancora molto lontani dai brillanti esiti del metodo Listeriano, che apriva ai chirurghi campi sconosciuti ed illuminava nuovi orizzonti. Quantunque sia passato il tempo dei timidi tentativi, ci troviamo però ancora nel periodo di sperimentazione e di ricerca di mezzi facilmente adattabili a quella ferita cava che chiamasi endometrio puerperale. La profilassi antisettica ostetrica eseguita nel modo da me esposto è stata messa in pratica una sola volta. Non mi dissimulo quindi la necessità di rivederla e correggerla per renderla più spedita e migliorarne i rapporti coi bisogni dell'esercizio giornaliero. Ed è quanto spero potremo fare assieme nella nostra Clinica se non ci farà difetto il materiale necessario.

Signori,

Man mano che gli esami s'avvicinano, il tempo si fa sempre più prezioso, perchè, proporzionatamente al numero delle lezioni, abitualmente la materia da svolgere va crescendo fra le mani dell'insegnante. Una prelezione ad anno scolastico tanto inoltrato poteva quindi sembrare a qualcuno poco opportuna; ho creduto però di non dovermi sottrarre alla consuetudine che me lo imponeva, perchè, oltre il vantaggio di tracciare a grandi linee il modo col quale io desidererei fosse messa in pratica nella nostra Clinica la profilassi antisettica nella partoriente e nella puerpera, a me, nuovo in questo ateneo, nell'esordire, mi

si presentava favorevole l'occasione per ringraziare gli egregi colleghi che colla loro presenza mi vollero con gentile pensiero dare il benvenuto, e per salutare la gioventù studiosa di questa Università, dalla quale spero un po' di quella stima e di quell'affetto, con cui essa onorava l'esimio mio predecessore, il professore Macari.

OSSERVAZIONE

DI

AMPUTAZIONE CESAREA UTERO-OVARICA

Torino, 3 giugno 1879.

Chiarissimo prof. Chiara.

Benchè a quest'ora Ella abbia rilevato dalla *Gazzetta medica di Torino* il nuovo caso di gastro-istero-ovariotomia con risultato che lasciava speranza favorevole, tuttavia voglio informarla particolarmente, sapendo con quanto valore ed abilità Ella abbia preso a divulgare quest'operazione che è vero progresso e gloria tutta italiana. E tanto più volentieri lo faccio oggi che la guarigione della mia operata si può dire assicurata quantunque non trovisi che in 18.ª giornata dall'operazione. Eccole, egregio professore, per sommi capi la interessante storia.

B.... Teresa, d'anni 32, di statura m. 1,03, di abito linfatico, costituzione rachitica ma buona, senza aver sofferto malattie di qualche importanza dall'età infantile, per venere furtiva rimaneva fecondata dopo la mestruazione (che fu sempre regolare) dell'agosto 1878 sul finire del mese. Alla comparsa dei primi fenomeni gravidici si confidò a qualche donna di pessima moralità che gode nel paese del triste merito di provocare gli aborti dopo aver favoriti i dolosi amplessi. Le polveri ed i segreti infallibili in questo caso non ebbero il loro fatidico valore e la povera illusa, nubile e figlia unica di sventurata madre settantenne che viveva unicamente del lavoro della figlia, si trovava fra la disperazione ed il disonore. Nessuno in

quest'epoca venne a darle un consiglio amorevole ed a nessuno la disgraziata volle confidare il frutto del suo errore. Così passò i quattro quinti della sua gestazione finchè le parole del popolo le gridarono all'orecchio confermando il suo stato ed avvisandola che le gravi deformità scheletriche non le avrebbero reso possibile uno sgravio felice. È in quest'epoca che la povera donna chiese il mio consiglio, cioè sul finire di Aprile del corrente anno: dopo un attento esame fatto sul luogo le confermai lo stato di gravidanza e la necessità di sottostare ad un'operazione che io riteneva indispensabile anche in quel momento per essere liberata. La consigliai di togliersi dagli sguardi curiosi dei profani e di recarsi a Torino sul principio di maggio dove io avrei provveduto a tutto il necessario nell'ultimo periodo della gravidanza, nel parto e nel puerperio. — Pienamente convinta delle mie parole, al finire della prima settimana di maggio fu accolta nella casa della Signora Lombardi Marietta Fidanza già levatrice maggiore all'Istituto ostetrico di Torino, alla quale io aveva comunicato prima le condizioni della donna e la ferma convinzione mia che sarebbe occorsa per lo sgravio l'operazione cesarea. Non le nascosi il possibile pericolo di un insuccesso, tanto più se i colleghi che io avrei chiesti a consulto avessero confermata la mia diagnosi ed il mio divisamento di amputare utero ed ovaja dopo il taglio cesareo. E così feci: sentito il parere de' miei egregi colleghi e maestri, i professori Giordano e Tibone, fu constatato il vizio gravissimo del bacino e la necessità di ricorrere a travaglio iniziato all'operazione cesarea con o senza amputazione dell'utero e delle ovaja. Le manovre ripetute per gli esami pelvimetrici o l'intolleranza di quell'utero estremamente disteso ed eccitabile, forse provocarono le contrazioni parziali prematuramente e la notte dal 15 al 16 maggio la rottura spontanea in alto del sacco amniotico ed il travaglio pienamente confermato a mezzodì del 16. Quest'anticipazione di 12 o 15 giorni non mi smosse dal partito preso benchè abbia sconcertato un po' il mio piano operativo. Era mia intenzione modificare in qualche punto il me-

todo operativo del Porro, edotto dai risultati pubblicati fin qui e più di tutto dai 3 casi assistiti nell'istituto ostetrico di Torino, assistenza e partecipazione cui volle chiamarmi l'illustre direttore prof. Domenico Tibone a cui mi è oltremodo grato si presenti quest'occasione per tributare vivi e pubblici ringraziamenti. Erami nella mente creata la convinzione che i tanto temuti pericoli del rientramento del peduncolo dopo l'amputazione fossero più illusorii che reali, dacchè non avvennero mai pel medesimo complicanze gravi nei casi pubblicati. — Piuttosto riteneva che gli effetti delle trazioni forzate, violenti del peduncolo, specialmente nel periodo reattivo, determinate dal costrittore o dai costrittori, potessero esser causa funesta di insuccessi. — Ero quindi deciso di abolire i costrittori, sostituendo una legatura robustissima del peduncolo diviso in due da cordoni di seta assicurati alle pareti addominali e ad una robusta asta trafiggente il peduncolo e poggiante sui lati del ventre con larghi e morbidi padiglioni. Ma questo non fu possibile giacchè l'artefice non aveva peranco ultimata la *lancia a padiglioni*. Iniziato il travaglio, le contrazioni si mantennero energiche, frequenti, regolari, e fu deciso di operare la sera stessa alle 5 $^1/_2$ pom. Disposto tutto l'occorrente coll'efficacissimo ajuto dell'amico e collega dott. Libero Bergesio e coll'intervento di un personale esclusivamente ostetrico, i prof. Giordano e Tibone, i dottori Bergesio ed Inverardi, gli allievi interni Fornelli e Pecchio, fu dato principio alle 5 e mezzo precise con una pronta e completa anestesia diretta egregiamente dall'Inverardi. In pochi minuti la donna cadde in un sonno profondo, tranquillo, quasi ridente, e non si svegliò che nel suo letto completamente medicata. Oggidì ricorda ancora con un senso di voluttà il sonno che ella dice non aver mai provato in tutta la vita. Incise secondo il metodo le pareti addominali sulla linea alba mantenute a perfetto combaciamento col globo uterino dalla saggia direzione del prof. Tibone; aperto ampiamente il peritoneo per 12 centimetri circa, incisi brevemente l'utero verso il circolo polare medio e sulle labbra della ferita uterina portai le robu-

ste pinze del Péan le quali, consegnate al prof. Giordano ed al dott. Bergesio, riuscirono a trarre l'utero verso l'apertura addominale, a chiudere così la via al sangue di penetrare nell'addome, a rendere più spiccie e facili le manovre dell'operatore. Ampliata in alto ed in basso la ferita dell'utero, pur mantenendo fisso il catetere in vescica, riescì non difficile l'estrazione del feto che trovavasi in presentazione trasversa, dorso anteriore. Consegnato il feto di sesso maschio, che diede pronti segni di vitalità, alla signora Lombardi, estrassi rapidamente la placenta e gli annessi senza che sia sorta grave emorragia. Riunite tosto le labbra della ferita uterina coll'avvicinare le pinze del Péan, vennero estratti utero ed ovaja e, innalzatele perpendicolarmente, fu facile attraversare col trequarti molto curvo del prof. Tibone l'apice del cono in corrispondenza dell'orifizio interno od istmo dell'utero. Estratto il punteruolo, si fecero passare due robusti cordoncini in seta di colore diverso che valsero a strozzare in due parti il peduncolo. Tagliato l'utero a due centimetri sopra le anse, le arterie uterine gettarono sangue. Per ovviare a questo punto all'emorragia, credetti prudente circondare il peduncolo in massa al disotto delle anse fatte dai cordoni di seta con un filo metallico assicurato e stretto dal piccolo costrittore del Köberle. L'emorragia si frenò istantaneamente. A questo punto non rimaneva che la pulizia del cavo peritoneale nel quale per maggior sicurezza, a mantenere in sito le anse intestinali, venne introdotta subito dopo il taglio delle pareti addominali, una pezzuola finissima di flanella fenicata. Estratta questa e colle spugne ripulito il basso-fondo peritoneale, si procedette alla sutura che fu compiuta con otto punti intercisi a distanza di un centimetro. Il peduncolo, spinto all'angolo inferiore della ferita ed assicurato alle pareti addominali con un robusto punto di cucitura attraversante la base, non esercitava trazioni di sorta per la sua lunghezza, avendo avuto cura di incidere l'utero il più alto possibile verso il suo fondo. Fatta una lavatura d'ogni residuo sanguigno al ventre, coscie e genitali, venne ricoperta e medicata la ferita col me-

todo Lister applicato col massimo rigore. In questo momento solo i polverizzatori cessarono di funzionare. L'atto operativo ha durato appena 35 minuti dalla cloroformizzazione allo svegliarsi della paziente. Le conseguenze del trauma non si fecero risentire che 36 ore dopo coi fenomeni di una schietta peritonite diffusa la quale per somma ventura venne domata senza che siansi resi palesi i sintomi di infezione. La temperatura non superò mai il 39°, benchè sia stata presa costantemente in vagina. Il vomito ha persistito due giorni. Il meteorismo grave si calmò al 4.° giorno di puerperio alla comparsa dell'evoluzione lattea la quale si mantenne regolarmente con secrezione discreta fino al 10.° giorno. Le funzioni intestinali ripresero il loro corso al 3.° giorno mediante clisteri e blandi eccoprotici. Il peduncolo cadde dall'8.° al 9.° giorno. I punti di sutura furono tolti al settimo mentre tutta la ferita superiore al peduncolo era riunita per prima intenzione. Al cadere del peduncolo rimase un'infundibolo profondo un 3 centimetri e largo 4 che si ricoprì presto di buone granulazioni gementi poco pus e di buona natura. La medicazione listeriana fu proseguita sino al 15.° giorno ed oggi non rimane che un'ulcerazione piana della larghezza di un centesimo avviata a rapida guarigione: al 15.° giorno con un bendaggio a corpo e due listerelle di diachilon fenizzato potè lasciare per un'ora il letto. Ora lo lascia tutti i giorni per tre ore seduta su un seggiolone. Le condizioni sono ottime, la nutrizione buona, la soddisfazione pel suo stato grandissima. Io spero venerdì prossimo, 6 giugno, in ventesima giornata dall'operazione, di poterla trasportare e presentare all'Accademia Medica. Parmi che un'impresa ostetrica di tanto momento non potesse dare risultati migliori e più fortunati. È questa una nuova e splendida prova delle assennate previsioni e delle fondate speranze di chi primo ebbe l'ardire di proporre ed attuare il nuovo atto operativo.

Non essendo nella indole di una semplice comunicazione che io Le faccio alla buona l'esprimere tutte quelle considerazioni che spontaneamente emergono da questo nuovo fatto,

mi limiterò per ora a riportare per chiusa alcune condizioni del bacino dell'operata quali le trovo nel diario clinico. Bacino rachitico (forma pseudo-osteomalacica) con scoliosi sinistra sacrale — Scoliosi destra dorsale — Sinfisi pubica molto inclinata — Insellatura lombare marcatissima — Introflessione leggiera del cotilo destro, fortissima del sinistro — Diametro minimo o C. V. centimetri 4 — Abolizione completa dello spazio cotiloideo sinistro. — Spondilolistesi sacro-vertebrale.

Ora, prima di chiudere, mi permetta di accennare ad una lieve dimenticanza fatta dal collega Mangiagalli nella pubblicazione dell'Elenco sulle *operazioni del Porro* a pag. 254 (fasc. aprile) degli Annali di ostetricia da Lei diretti: a mio parere, invece di 23, sarebbero 24 i casi finora conosciuti, prima del mio, di istero-ovariotomia cesarea, volendo tener conto di quella compiuta alla sezione nubili della maternità di Torino e su cui finora non si hanno nozioni certe (nulla essendosi pubblicato) tanto sul metodo operativo quanto sul nome dell'operatore o degli operatori. Il caso dimenticato sarebbe quello di Inzani professore a Parma che rimonta al 3 Gennajo 1877, e che riguarda una donna affetta da tumore all'ischio destro. Così le operate sarebbero 25 e così disposte in ordine cronologico:

1	1876	Porro	— Pavia	—	successo	per madre	e figlio.
2	»	Braun C.	— Vienna	—	insuccesso	»	
3	»	Spaeth	— »	—	successo	»	
4	»	»	— »	—	insuccesso	»	
5	1877	Inzani	— Parma	—	»	»	
6	»	Previtali	— Bergamo	—	»	»	
7	»	Chiara	— Milano	—	»	»	vivo
8	»	Müller	— Berna	—	successo	»	
9	»	Hegar	— Freiburg	—	insuccesso	»	
10	1878	Wasseige	— Liegi	—	successo	»	
11	»	Chiara	— Milano	—	insuccesso	»	vivo
12	»	Tibone	— Torino	—	»	»	»

13	1878	Breisky	—	Praga	—	successo per madre e figlio.		
14	"	Chiara	—	Milano	—	"	"	"
15	"	Perolio	—	Brescia	—	"	"	
16	"	Fehling	—	Stuttgart	—	insuccesso	"	"
17	"	Wasseige	—	Liegi	—	"	"	"
18	"	Litzmann	—	Kiel	—	"	"	"
19	"	Franzolini	—	Udine	—	"	"	
20	"	Braun C.	—	Vienna	—	successo	"	
21	"	Braun G.	—	"	—	insuccesso	"	
22	1879	Tibone	—	Torino	—	successo	"	"
23	"	Maternità	—	"	—	insuccesso	"	
24	"	Tibone	—	"	—	"	"	
25	"	Berruti G.	—	"	—	successo	"	"

Di queste, 10 sono guarite e 15 morte, anche tenendo conto dei casi di Franzolini, Previtali ed Inzani che operarono su donne affette da gravi malattie e due di queste *in articulo mortis*. La statistica, benchè nel suo principio, è quindi tale da incoraggiare chiunque a seguire i pensamenti e l'azione del Porro. Accetti, chiarissimo collega, i sensi della mia alta stima e considerazione.

Di Lei Obbl.

Dott. Berruti Giuseppe.

Istituto Ostetrico di Torino

INFLUENZA DELLA GRAVIDANZA SULL'ORGANO DEL RESPIRO

IN CONDIZIONI FISIOLOGICHE E PATOLOGICHE

STUDIATA SPERIMENTALMENTE E CLINICAMENTE

DAL

DOTT. LIBERO BERGESIO

Medico primo Assistente

(*Continuazione*).

È vero che il Maggia soggiunge che, perchè l' antagonismo scoppi tra il calore e la fibra uterina, fa d' uopo che questa abbia raggiunto un grado dato di sviluppo e diventi in séguito alle modificazioni anatomiche, fisiologicamente più eccitabile. Ma su che cosa si poggia questo grado? Ritenendo con lui stesso erronea la teoria del Brown-Sequard perchè, essendovi nell'utero a termine fibre muscolari a tutti i periodi di formazione, quindi anatomicamente soggette in modo vario a rispondere all' eccitazione del gas acido-carbonico, qual valore potrà avere la sua ipotesi che vuole un grado uniforme per reagire al calore? Le fibre sono a differente sviluppo, quindi a differente grado d'eccitazione. La causa che le fa contrarre a termine, poteva su alcune già agire prima, e non può avere ugual grado d' azione su tutte ad un momento dato; le medesime obiezioni che egli fece alla teoria del Sequard, si possono fare alla sua. Amendue le ipotesi si fondano sui fatti clinici dell'interruzione della gravidanza. L'autorità anatomica da lui invocata del Sappey gli sta pure contro.

Le variazioni dal Maggia trovate nella termogenesi sono

ancora inferiori a quelle fisiologicamente trovate dagli autori. Ad ammetterne lo squilibrio reale, bisognerebbe che si dimostrasse essere la temperatura ascellare della gravida minore: cosa che non è. Il fatto poi che l'aumento del calore durante il parto serva a mantenere la contrazione, può pure applicarsi all'ipercarbonizzazione. Ma però noi sappiamo essere altri gli elementi che, scoppiata la contrazione, la mantengono viva e costante. Per me, tra due ipotesi, trovo meglio seguire quella che più si fonda sul fatto pratico. In media, nella polmonite si vede contrazione uterina, molto più frequentemente che non nelle altre malattie in cui si ha una termogenesi anche più alta. Ricordo fatti clinici di donne che per mesi ebbero temperatura di 40 gradi alla sera, senza che si destassero contrazioni.

La polmonite viene la terza delle malattie acute per provocare l'interruzione della gravidanza ed a rendere più grave la prognosi. Il vajuolo sta in prima linea. Su 31 casi di tale malattia osservati dal Bourgeois e dal Serres, 27 volte successe l'espulsione prematura del feto. Nella febbre tifoidea, secondo Grisolle ed il succitato Bourgeois, 22 volte su 38; nella polmonite acuta nel nostro quadro, su 54 casi s'ebbero 29 interruzioni; nella roseola quasi la metà delle volte (Serres). Nel cholera asiatico, su 52 casi raccolti dal Bouchut, 28 volte successe l'espulsione prematura del prodotto.

Ma gli autori sono unanimi ad ammettere che nelle malattie infettive non è tanto la termogenesi che agisca, quanto il veleno deleterio stesso. La maggior parte delle volte il feto è espulso prematuro: il veleno di cui è infetto l'organismo materno lo uccide nell'utero: causa del parto, in questo caso, è la morte del feto.

Per me, nelle malattie polmonari acute, ed in parte nelle lente, chi stimola l'utero allo sgravio prematuro sono l'anemia arteriosa, quindi la mancanza di ossigeno e la congestione venosa, quindi l'ipercarbonizzazione sanguigna. È naturale che gli elementi che conducono all'interruzione della gravidanza aggra-

vino la prognosi della vita fetale. Veniamo ora a studiare gli elementi della prognosi materna, e sino a qual punto lo svuotamento dell'utero influisca sull'andamento della polmonite.

Influenza della polmonite acuta sulla vita della madre. — Prendendo i risultati statistici spogliati da ogni osservazione, si avrebbe che su 54 polmoniti gravidiche su cui rivolsi la mia osservazione, 17 ebbero per la donna un funesto esito. Il che vuol dire che un terzo circa furono vittime della malattia. Proporzione veramente spaventevole. Ponendo ciò a confronto colla statistica generale raccolta dal Proust in cui $^1/_4$ delle donne vecchie soccombono di lente polmoniti, ed $^1/_{10}$ circa delle morti in genere si debbono alla polmonite, facilmente si può vedere come il confronto ne scapiti per la donna gravida, nonostante la somma gravità di questa malattia anche fuori dello stato di gestazione. Se poi continuiamo l'analisi del quadro statistico, osserviamo che 34 volte la malattia scoppiò prima dell' 180° giorno di gravidanza, epoca che riteniamo come punto di partenza legale della vitabilità fetale, volendo abbondare circa la probabilità della vita del feto; e mentre che 15 volte s'interruppe la gravidanza, 10 volte su queste 15 s'ebbe la morte della madre. Ma più triste si presenta il quadro allorchè la gravidanza è più inoltrata. Dopo la fine del sesto mese studiai le osservazioni di gravidanze complicate da polmonite acuta. Su 14 volte successe il parto prematuro ed il feto venne espulso vitabile. Dell'esito dei feti espulsi nel primo periodo della gravidanza, è inutile ch'io soggiunga essere stati tutti espulsi morti. Nell'ultimo trimestre potei rintracciare l'esito pel feto; e sulle 14 volte in cui fu espulso, quattro volte il feto venne morto; su due non potei rintracciare dati, ed in 4 la morte successe poche ore dopo l'espulsione; 4 vissero. Per cui, ritenendo i soli dati certi, più della metà dei feti espulsi prematuramente, morirono.

Riguardo alla madre, su 20 s'ebbero nove decessi; 14 volte la donna partorì prematuramente. E dei nove decessi sei sono di queste ultime.

Lasciando il campo arido delle cifre, ma pur troppo fecondo di tristi risultati, veniamo a studiare ciò che dal complesso dei numeri si può dedurre. L'esito così sovente letale per la madre, a parer mio, si deve cercare nello stato speciale della gravidanza, nella debolezza organica che questa crea, nelle sofferenze già patite pel fatto della gestazione, nell'anemia arteriosa rapida, nella povertà d'ossigeno, nell'ipercarbonizzazione del sangue ed inoltre nello stato idroemico proprio del sangue gravidico, facile alle stasi, agli edemi, e che quindi complica necessariamente la polmonite acuta coll' edema polmonare, il cui modo di formarsi vedremo in seguito. Alterazioni del tessuto sanguigno che già preesistendo nella gravidanza possono in breve per lo squilibrio della malattia essere portate all'eccesso; specialmente poi nelle affezioni polmonari in cui è tagliata la via alla depurazione sanguigna, e quindi facile riesce l'accumulo di materiali deleterii alla vita dei tessuti; tessuti essi stessi che nello stato di gestazione trovano una causa debilitante e per le ragioni sopraddette specialmente il polmonare inzuppato di sangue per la maggior funzione di cui è sovraccarico, si troverà in ben tristi condizioni per sostenere vigorosamente la grave lotta impegnata col morbo.

Vi ha inoltre un'altra causa potente per precipitare le forze materne: — la facilità con cui si altera la funzione del cuore; facilità che venne splendidamente dimostrata dagli studii dei clinici odierni, ai cui lavori accennai nella prima parte di questo breve mio scritto, allorchè studiarono l'influenza della gravidanza sui vizii valvolari. La stessa causa che agisce tristamente pel cuore agisce pure pei polmoni. Come già dissi, sono così strettamente unite le funzioni di questi due organi, che per poco uno dei due sia alterato, subito pure s' altera l'altro; per cui nelle gravi affezioni polmonari, la paralisi del muscolo cardiaco è da temersi come nelle affezioni proprie del cuore.

Infatti nei vizii valvolari è al quinto mese che la vita della madre comincia ad essere influenzata. Il medesimo succede nelle

affezioni polmonari lente od acute. E ciò ben si spiega. L'obbligo che hanno ambedue questi organi ad un maggior lavorìo, provoca nelle loro funzioni stati speciali, e porta seco un maggior bisogno d'alimento, maggior forza, ed ecco quindi l'ipertrofia cardiaca, ed ecco che pel minimo fatto la rete capillare bronchiale si gonfia e facili quindi si fanno le emottisi. Se poi una data superficie del polmone s'ammala, oppure già prima di quest'epoca si trova in condizioni alterate in modo da non servire pel respiro, saranno obbligate le altre provincie a sopraccaricarsi di lavoro; quindi per la natura stessa dei vasi e del sangue, o per la poca forza riescono facili le stasi in queste parti. Lo stato congestivo polmonare si può dire che coll'avanzarsi della gravidanza si fa come un fatto stabile. Se le potenze e le resistenze organiche sono all'unisono, se tutto funziona come le ruote d'un orologio, se nessun guasto vi sarà tra le diverse parti della macchina, essa camminerà un po' stentatamente se vogliamo, ma camminerà; ma ove un po' di ruggine ponga ostacolo al moto d'una ruota, rapidissimi ed estesi si faranno i guasti. È inutile ch'io spenda parole a dimostrare come più triste si faccia la condizione ove su d'un cardiaco s'innesti una polmonite acuta, o viceversa; qui lo sfacelo è molto più rapido e bisognerebbe esser bene all'oscuro delle nozioni che regolano il circolo per dubitarne. Ma non è mio scopo l'invadere un campo che fu sì maestrevolmente da altri trattato. Mi basti il notare che pel fatto iperemico in cui si trovano i polmoni gravidici, per la idroemia del sangue, per le diminuite forze generali, per la facilità alla trasformazione grassa dei tessuti organici, la donna gravida si trova in queste affezioni in circostanze molto più tristi che la non gravida, e che lo stato gravidico influisce molto più rapidamente ed estesamente sulle affezioni acute.

Le cause della morte del feto sono varie. Il prodotto del concepimento vive troppo della vita della madre. Un guasto nella vita di questa, trova tosto il contraccolpo nella vita di quello.

Si comprende come nei gravi disordini, che le affezioni polmonari portano alla piccola circolazione e quindi al chimismo respiratorio, il feto pel primo ne debba subire le conseguenze. Lasciando le considerazioni sulla circolazione uterina in relazione con quella generale, il modo di comportarsi del circolo nei seni uterini, non molto favorevole ad un rapido scambio, la prevalenza già del sangue venoso sull'arterioso, e gettando solo un rapido sguardo sulla funzione utero-placentare e sulla circolazione fetale, tosto si comprende il meccanismo dei rapidi turbamenti. Sappiamo che ben poco ci vuole molte volte ad uccidere un feto nell' utero. Sappiamo che le cause che improvvise arrestano il circolo, sono quelle che più rapidamente e fatalmente uccidono il nuovo essere, che non le lente. Ma su di ciò ritornerò parlando dei morbi lenti polmonari. Una contrazione tetanica uterina un po' prolungata, una compressione del funicolo patita per pochi minuti, sono sufficienti a troncare la vita d'un feto robusto ed a termine. Quindi non deve fare stupore se gli sbilanci che l' invasione d' una polmonite porta nell' organismo tutto e necessariamente pure nell' utero, continuati per un dato tempo e aumentantisi invece di scemare, debbano uccidere il feto. Fortunato lui se le contrazioni ridestandosi, lo scacciano dall'utero sino dai primi momenti dell'invasione pneumonica; che se ciò tardi succede, per la sua esistenza sarebbe davvero troppo tardi. Infatti si osserva clinicamente che quando il travaglio si ridesta al principio, si ha con molta probabilità la vita sicura del feto e di molto ne guadagna l' organismo materno. Perchè dunque non seguire in questi casi come sempre ciò che la natura sì bene ci insegna?

Terapeutica ostetrica. — L' interrompersi della gravidanza riesce sì o no di buon elemento per la prognosi materna e fetale? Dato ciò, qual è il mezzo che l'ostetrico deve scegliere per raggiungere questo scopo? Quale la via che deve battere? Ecco i quesiti che a mio parere si debbone porre. Seguendo la maggioranza dei patologi, ammetto l'interruzione della gra-

vidanza; sulla scorta della statistica da me raccolta, alcune osservazioni si debbono fare prima di pronunciarsi definitivamente. È un fatto che la gravidanza è una grave complicanza per la polmonite acuta; ma sarà ella tale da autorizzarci, a mo' d'esempio, a troncare irremissibilmente, colla provocazione dell'aborto, ogni speranza di sviluppo futuro nella vita del feto? Io credo di no. Su 33, 19 volte la gravidanza continuò in caso di polmoniti osservate prima della fine del sesto mese e la salute della madre in un con quella del feto si ristabilì. L'ostetrico, a parer mio, non ha il diritto innanzi a questo risultato di sacrificare sempre sicuramente un' esistenza. Non faccio questione di morale, ma di esiti. Dai registri clinici osservai che alcune di queste partorirono feti in cui nessuna traccia esisteva delle trascorse sofferenze. Il problema è grave. Ma col Garimond, col Grisolle ed in genere cogli ostetrici, converremo dover essere questa solo l'*ultima ratio*. Purtroppo quando si arriva a cercare nei mezzi estremi una tavola di salvamento, quasi sempre l'essere è perduto. È dover nostro quindi di procrastinare, di temporeggiare. L'aborto provocato, pei guai che porta seco non può servire da áncora di salvezza. Se poi studiamo gli esiti, $^1/_3$ delle morti si ebbe in donne che abortirono — in modo che l'aborto non pare n'abbia per nulla migliorata la prognosi osservandosi che, nonostante l'aborto, nove donne morirono. Contro l'eloquenza delle cifre è inutile il soggiunger parole.

Non così si presenta la questione allorquando il feto è ostetricamente (e la pongo precisamente in questi termini) vitabile. Allora sui molti scrupoli si può passar sopra. Anzi i risultati stessi militano in favore di un più pronto intervento. Il numero cospicuo di feti anche a termine espulsi morti nelle polmoniti, deve naturalmente renderci persuasi, che il più delle volte l'utero diventa pel feto non altro che una tomba inutile e momentanea.

Il fatto del ridestarsi quasi sempre della contrazione uterina nelle polmoniti, ci indica gli sforzi stessi che la natura fa per

liberarsi di questa complicazione. Desormeaux, Caseaux, Stoltz, Marchand, pensano che l'espulsione del feto segni una crisi favorevole, che mena alla risoluzione della malattia. I casi di madri morte in cui il feto fu espulso cadavere negli ultimi momenti, debbono renderci molto più audaci. Così sulle 14 donne che partorirono prematuramente, 6 sole morirono, ed in 4 il feto fu espulso morto poche ore prima del decesso materno! Non si presenta subito alla mente il quesito, se colla provocazione del parto qualche giorno prima non si sarebbe giunti almeno a salvare uno degli esseri?

Negli altri otto casi poi di parto prematuro con felice esito per la vita della madre, unanimi gli osservatori constatarono una favorevole discesa nei sintomi pneumonici materni: abbassamento termometrico rapido il giorno dopo, maggiore libertà nelle funzioni polmonari; l'affezione, per nulla turbata dal puerperio, decorse rapidamente verso l'esito di risoluzione. Naturalmente che ove lo studio di questi casi clinici si facesse in un ospizio desolato da epidemie puerperali, in cui la semplice introduzione d'una sonda è fomite di vasta infezione, le cose cambierebbero e le tinte del quadro riuscirebbero ben lugubri. Ma fortunatamente non tutti hanno la disgrazia di lavorare in un campo, in cui il turbine si curi di mietere per proprio conto e ad alcuni fra quelli che leggeranno questo mio scritto sorrideranno per certo atmosfere migliori.

Nei casi da me riportati per disteso, indubitatamente si ottenne dopo il parto una discesa dei fenomeni generali e locali. Il dubbio non ne può nascere. In mezzo a rapide ascese, a disturbi che aumentavano di giorno in giorno, di ora in ora, successe il parto ed una discesa termometrica repentina tosto si osservò.

A spiegarla, ci può essere il salasso che lo sgravio produce all'organismo, perdita sanguigna che, per poco sia grave, può condurre a triste esito la donna. In ogni caso però, lo stato puerperale fisiologico non fu da nessuno dimostrato contrario alla risoluzione delle malattie acute. Le condizioni che crea

nell' organismo sono, sino ad un certo punto, favorevoli. Esso esercita un'azione salutare escretiva sulla pelle, e quindi ajuta coll'evaporazione la sottrazione di calore dal corpo. La funzione renale, come dimostrò il Quinqaud, si fa maggiore, ed ecco aperta una nuova fonte di depurazione all'organismo dei prodotti ossidati, che, accresciuti nel corpo pel fatto della febbre, potrebbero dar luogo a disturbi gravi. L'aumentata esalazione polmonare, l'azione regolatrice sul polso, il diminuire dei fenomeni nervosi, sono tutte conseguenze portate dal puerperio che possono esercitare favorevole influenza sull' andamento d' una malattia acuta.

Ma vi ha di più. Il non esservi più nell'organismo materno il parassita fetale che gran parte attirava a sè del poco alimento plastico o respiratorio di cui tanto abbisognavano i tessuti materni, sarà per l'organismo tutto una vera fortuna; il qual bisogno d'alimentazione, come si sa, diventa molto più sentito nei mali ad alta temperatura, in cui la distruzione è maggiore. Di qui il precetto del Graves di alimentare la febbre. Togliere alla pneumonica l'accrescimento dell'utero, e far servire le forze tutte dell'organismo a sostenere la pericolante azione del polmone, è cosa fisiologicamente apprezzabile. Il sottrarre inoltre il feto da quella camera asfissiante in cui si trova, è nostro dovere. È inutile ch'io osservi che i minori bisogni dei polmoni serviranno pure a dissipare lo stato iperemico, e che per gli esiti della polmonite, per poco essa non si faccia lenta, sarà pure un vero servizio profilattico il sottrarlo alla degenerazione grassa cui pel fatto della gravidanza, secondo alcuni, sarebbe soggetto.

So che pur numerose sono le osservazioni di donne che soccombettero nonostante il parto. Ma so pure che non meno rare sono quelle in cui la morte successe senza lo svuotamento naturale dell'utero. È quasi un dovere che la natura si fa di liberare la madre dal feto, prima dell'esito finale. È una via che essa ci indica; perchè non dovremo batterla? In ogni caso noi non faremo che anticipare di qualche giorno ciò che natural-

mente dovrà poi succedere. Ma l'anticipare in questi casi, molte volte diventa sinonimo di salvare una vita; e se noi più presto giungeremo, maggiori saranno le probabilità di riuscita. Con ciò si porta molte volte anche un potente ajuto alla madre, mentre che quando la natura agisce col determinare il parto per proprio conto, è dimostrato dalla clinica, dar l'ultimo crollo alla macchina che già si sfascia, ove succeda troppo tardi.

Perciò colla generalità dei clinici conchiudo che, dato un organismo debole, poco resistente, una tendenza della polmonite a rapide invasioni, l' apparire di complicazioni in questi casi frequenti, come le nefriti parenchimatose e quindi l'aggiungersi al deperimento respiratorio il plastico, per la perdita d'albumina dalle vie urinarie, o che il manco di funzione renale e la ritenzione degli elementi estrattivi nel sangue mi portino in iscena gravi sconcerti cerebrali, sarà mia cura di porre il problema della provocazione del parto prematuro. Anzi non aspetterò che la catena delle complicazioni si sia formata e mi abbia chiusa la via alla risoluzione felice, e tanto meno poi farò come certi autori che, invece di secondare la natura, tentano ogni modo d'incepparne l'azione, opponendosi in questi casi al parto prematuro spontaneo.

Ho detto che mi volevo esclusivamente attenere alla cura ostetrica; quindi non parlerò del salasso cui, tolti pochi fanatici, sino dai tempi di Mauriceau era dalla maggioranza in questi casi condannato: accennerò solo l'azione del tartaro stibiato. Secondo alcuni determinerebbe la contrazione uterina. Si riteneva prima che fosse per gli sforzi di vomito; ma dopo che Jonny, Alexander, Parcher, Gantillon, Bourdon, clinicamente e sperimentalmente ne dimostrarono l'effetto abortivo, anche dato solo per la via del retto, e senza complicazione di vomito, sembra che la sua azione sulla febbre uterina si debba ad una diretta potenza ecbolica. Alle medesime conclusioni venne il Grisolle ed ultimamente il Reclus: perchè quindi non raccomandare un mezzo eccellente pel fatto in sè stesso della polmonite e buono nei casi dati di liberarla da una grave complicazione?

Influenza della gravidanza nelle congestioni ed edemi polmonari. — Sovente l'ostetrico è chiamato al letto d'una gravida affetta da gravi sintomi di repentina congestione polmomonare. La frequenza con cui potei osservare io stesso nella clinica cui sono addetto queste affezioni, mi dispensano da ricerche bibliografiche. Queste considerazioni in gran parte emergono dalla semplice osservazione mia dei fatti. È bensì vero, come osserva il Peter, che molte volte queste congestioni non sono che epifenomeni cardio-gravidici, e che il più sovente, esaminando bene l'inferma, si trova in qualche punto del cuore la causa del repentino disordine che ci sfuggiva. Ma se di ciò dobbiamo sospettare in tesi generale prima del 6.° mese, quando i fenomeni proprii della gravidanza non spiccano ancora, e non hanno influenze serie sull'organismo, non così succede negli ultimi mesi. Il catarro soffocante, la congestione polmonare, l'edema, diretta conseguenza della flussione, limitato od esteso a seconda del grado di questa, sono fatti che facilmente s'incontrano da soli nell'ultimo trimestre della gestazione. Basta in questo stato, che si presenta per sè stesso così favorevole ai fatti congestizii polmonari ed agli stravasi del siero sanguigno, un piccolo impulso per produrli. Così, a mo' d'esempio, la posizione stessa che tiene la gravida. Infatti sappiamo che, ove essa stia molto in letto in posizione orizzontale, facilmente si formano i fatti ipostatici-polmonari.

Cause che passerebbero inosservate nella vita ordinaria della non gravida, leggieri catarri bronchiali, alla di cui frequenza già accennammo altrove, nella gravidanza, per le condizioni che creano nel polmone e nel sangue, sono facilmente fomite di fatti congestizii. La maggior vitalità del polmone, la diminuita resistenza del suo stroma, l'aumento dei principii liquidi nel sangue e la diminuzione dei solidi, riescono i moventi principali della produzione delle flussioni e delle infiltrazioni sierose nei polmoni delle gravide.

La congestione e l'edema polmonare difficilmente, anzi quasi mai sono soli. Al tavolo necroscopico, cui sovente per questi fatti

fui chiamato ad assistere, quasi sempre si osservano edemi negli altri visceri. Edemi ed ipostasi non cadaveriche, ma morbose, cerebrali, ed in modo speciale renali, più frequentemente li accompagnano.

Per quest'ultimo la gravidanza crea condizioni speciali non solo colle variazioni generali della crasi sanguigna, ma anche mercè fenomeni diretti di compressione; fatti congestizii, stasi per alterate condizioni meccaniche; influenze meccaniche che, mentre pei polmoni non possono essere gran che, pel rene invece sono gravi e potenti. Questi edemi secondarii negli altri visceri, nelle flussioni polmonari facilmente si spiegano.

Basta ricordare le relazioni della funzione polmonare col circolo generale. Dato un fatto congestizio nei polmoni, per lo squilibrio idraulico del cuore destro, dovrà soffrirne la circolazione degli altri organi, ed in modo speciale delle parti sottostanti al cuore. Infatti, pel cammino ascendente che deve tenere il sangue venoso, per gli ostacoli che la gravidanza crea lungo il tragitto delle vene inferiori, il più piccolo disordine meccanico nell' organo centrale, nell' atrio destro, deve portare rallentamento e stasi nel sangue della cava inferiore; aumento di pressione nella colonna liquida sottostante, di cui tosto ne soffriranno gli organi tutti, ma in modo speciale il rene che è vascolarissimo.

Pei fatti congestizii ed edemi generali o locali noi possiamo avere quattro punti di partenza: il cuore, il polmone, lo stato generale della crasi sanguigna, la diminuita resistenza parziale dei tessuti dell'organismo, a cui si potrebbero ancora aggiungere quelli secondarii, conseguenze di stasi negli organi vicini. Così le affezioni mitrali, quelle del cuore destro, turberanno il circolo polmonare propriamente detto, quello cioè della vena ed arteria polmonare, producendo stasi per la deficiente deplezione. Un' alterazione del parenchima polmonare porta a disturbi di questo genere in ambedue le circolazioni: dati i fenomeni di stasi generale, noi avremo alterata la circolazione propria del parenchima polmonare, fatti iperemici nei vasi bronchiali. Il

meccanismo con cui questi squilibrii succedono, è ovvio il descriverlo. Osserverò solo che, stante lo stato idroemico del sangue e l'aumento che si verifica nella gravidanza della sua massa totale, più facili riusciranno i disturbi.

Così il doppio lavoro che deve fare il cuore, come già osservai, renderà molto più facile lo scoppio di vizii valvolari latenti ed aggraverà i preesistenti; di qui facili le complicazioni pneumo-gravidiche che possono variare dal semplice stato iperemico proprio della gravidanza sino a minacciare la vita, aumentando in modo da produrre la soffocazione. La debolezza della fibra polmonare, la tendenza di questo tessuto, così inzuppato di sangue nella gravidanza, alle iperemie, l'aumento di lavoro, cui naturalmente corrisponde un aumento di nutrizione, sono cause dirette di stasi esistenti nelle condizioni stesse del parenchima polmonare.

L'edema poi trova il vero suo campo nello stato gravidico del sangue. Infatti, quali sono le donne in cui più facilmente si osservano questi sintomi di alterata circolazione? Non le pletoriche robuste, in cui la fibra resistente sopporta benissimo le alterazioni del sangue proprio della gravidanza ed il maggior lavorío polmonare con le sue conseguenze, ma bensì le gracili, le anemiche, quelle già prima tendenti ad idroemia. Sono quest'ultime che trovano, in modo particolare nella gravidanza, una via aperta a peggiorare nelle alterazioni sanguigue, e quindi per poco si aggravi, facili riescono in queste i defluvii sierosi.

La qualità del sangue credo si possa ritenere condizione primaria patogenica nella gravida per gli edemi. Più vi ha idroemia, e maggiore riesce la tendenza alla stasi ed al versamento sieroso. Se negli ultimi mesi le cause meccaniche di compressione dell' utero gravido possono influire sulla formazione di fatti congestizii polmonari, non ne sono però causa diretta. L'iperemia fisiologica per l'aumento di lavoro, lo stato speciale della fibra polmonare, sono moventi ancor più certi dei fenomeni di compressione.

Lo stato di compressione può essere la causa della formazione dell'edema, il movente; ma il potere efficiente sta nel sangue. E non sono soli i fenomeni di stasi superiore circolatoria che possono riuscire a favorire i versamenti sierosi, ma i disturbi generali idraulici prodotti dalla gravidanza. Infatti, l' edema localizzato in un viscere non si ha quasi mai. Se nelle pletoriche la tendenza ai fatti congestizii e quindi ad edemi secondarii, consiste nell' aumento di sangue, nell'esuberante circolazione, è un fenomeno di forza; per la gravida generalmente succede il fatto contrario: povertà relativa di sangue, minor resistenza nei tessuti vascolari, quindi debolezza. La nutrizione potente non è mai sintomo di miseria. Ai fatti iperemici polmonari acuti, essenziali (non parlo di quelli complicanti i vizii valvolari e le malattie polmonari lente) va soggetta la gravida la di cui gestazione decorre rigogliosa. L'edema primitivo invece, proprio della debolezza, è sintomo di povertà generale e parziale.

Quest'edema si fa, come già dissi, dove vi ha diminuita resistenza organica nei tessuti, dove il sangue è già in preda ad alterazioni per insufficienza di nutrizione respiratoria e plastica, dove manca la luce, dove non vi ha alimento; oppure in quelle in cui, benchè queste condizioni esistano favorevoli, gli organi già deperiti non sono più atti a goderne. Di queste congestioni, di questi edemi, uno attivo, l'altro passivo, l' uno sintomo di forza, l'altro di debolezza organica, nella gravidanza l'abbiamo già detto, si trova più frequente il secondo. Ambedue però trovano nel polmone gravidico un campo favorevole allo svolgimento, ed in genere nel corpo tutto. Il primo pel fatto dell'iperemia locale, il secondo per quello dell'anemia relativa generale.

Difficilmente, per poco che duri la congestione polmonare, non viene complicata da edema. Sotto lo stimolo iperemizzante, i capillari si dilatano. Quando ciò succede in modiche proporzioni, non è recato un grande squilibrio alla salute. Nella gravidanza questo stato iperemico leggiero si può dir fisiologico.

L'aumento dell'area sanguigna fa in modo che lo scambio si accelera. Continuando il fatto flussionario e dilatandosi di più i vasi, questi meccanicamente diminuiscono il lume degli alveoli, lume che si occlude man mano che aumenta la tensione endovasale. La cianosi, la dispnea per l'impressione anormale che subisce il sistema nervoso, il bisogno di respirare maggiormente, i sintomi fisici d'estese congestioni, entrano allora in iscena e si riverberano sulle condizioni generali. Allora compare il senso di soffocazione, e l'espettorazione per l'ordinario si fa muco-sanguigna: il tutto accompagnato da tosse.

Nella gravida si unisca l'eccitazione nervosa aumentata, la minor resistenza vitale, il doppio bisogno di respirare ed il fatto, a gravidanza inoltrata, di non poter fare profonde inspirazioni, e facilmente potrà comprendersi l'angoscia da cui tosto è presa la donna ed il rapido passaggio della congestione ad esiti tristi.

Finchè la flussione è limitata e le forze naturali sono buone, si provvede più o meno bene ai bisogni dell'organismo. Ma venendo a mancare una di queste favorevoli circostanze, i fenomeni di stasi sanguigna tosto compajono, e stasi in questi casi suona intossicazione rapida carbonica dell'organismo. Fisiologicamente il ventricolo sinistro gravidico ipertrofico vince facilmente gli ostacoli proprii della gestante: non così però più in istato morboso. L'esagerato lavoro cui in questi casi esso va soggetto, facilmente ne produce l'esaurimento. L'esagerarsi della potenza ipertrofica ha un limite, e la stasi arteriosa in queste condizioni è più vicina che non nella non gravida.

L'ostacolo che allo stato normale era di poco riguardo, nei casi di squilibrii gravidici tosto assume seria importanza. Più facile diventa quindi il rigurgito arterioso, ed ecco comparire l'irregolarità del polso che si osserva nei gravi fatti congestizii polmonari. Ciò che i clinici dicono per le malattie cardiache, sta in gran parte per le congestioni polmonari. Quando compajono i fenomeni polmonari, vicinissimi si fanno i cardiaci, per cui in breve si può formare il cingolo che strozzerà la vita.

Voler separare i fenomeni e i sintomi dell'iperemia polmonare da quelli dell' edema, clinicamente è, secondo Niemeyer, assurdo. L'edema è una conseguenza diretta, un sintomo necessario delle considerevoli iperemie, come scrive questo distinto Patologo. In mezzo ai sintomi congestizii polmonari abbiamo un aumento nella dispnea; l' espettorazione si fa liquida, trasparente, aerata con o senza striscie sanguigne. Rantoli secchi si percepiscono sparsi nei polmoni affetti; raramente qualcheduno a grosse bolle. Alla percussione, se l'edema è esteso e le pareti abbiano perduta la primitiva elasticità, suono timpanico.

Nella gravidanza facilmente si possono osservare i sintomi d'edemi polmonari senza il preavviso dei fatti flussionarii. La morte può venire rapida per soffocazione senza che all'autopsia si trovino congestioni estese. Una gravida è presa verso sera da dispnea, tosse secca, molesta; i polsi si fanno piccoli, la faccia pallida e cianotica; perturbamento morale e fisico generale, talora rialzamento termometrico, talora la termogenesi si mantiene normale. In poco tempo i fenomeni si dileguano: la notte si passa calma. Al mattino qualche colpo di tosse, qualche rantolo sparso pei polmoni, apiressia e null'altro che indichi la scorsa burrasca. Questa calma ingannatrice può illudere anche il più oculato clinico, e come si vede dalle osservazioni che pubblico in fine del lavoro, il ripetersi rapido con sintomi più allarmanti, con estensione maggiore del male, al giorno sopravveniente può porre a ben dura prova la vita della gravida. La ripresa è quasi sicura.

L'imbarazzo mucoso degli alveoli esiste già prima; col ripetersi degli accessi e col continuare della malattia, quest'imbarazzo aumenta: finchè, estendendosi ad una larga superficie polmonare, diventa incompatibile colla vita. Nella donna non gravida una congestione polmonare, per le cause ben note, non può dare così rapidamente luogo a vasti edemi, specialmente quand'essa decorre apirettica. L'ingombro passeggiero della stasi è molto più facilmente rimosso e l'iperemia più presto e meglio

si dissipa. Vi ha maggior resistenza nelle pareti vasali. Il contenuto è più solido, condizione sfavorevole al defluvio sieroso.

Già lo dissi, l'edema polmonare gravidico non decorre mai solo; esso si trova in altri organi: è un prodotto dello stato speciale in cui si trova il sangue della gravida. Lo studio dell'ematologia nella gravidanza deve diventare fecondo e produrre una patologia speciale per lo stato di gestazione. L'edema cerebrale, l'edema polmonare, la congestione renale, l'infiltrazione sierosa cutanea, ne sono l'espressione ordinaria.

La congestione renale, di quali conseguenze sia ricca, non è qui il luogo di trattare. Essa si può dire il punto di partenza dei processi nefritici, che, variando in natura ed intensità, possono produrre coi loro esiti: 1.° il grosso rene bianco del Charcot o primo grado del morbo Brigtico o nefrite parenchimatosa: 2.° il rene piccolo rosso, rene contratto o nefrite interstiziale; 3.° il rene amiloide.

I fatti congestizii cerebrali, per questo stato speciale della gravidanza, rapidamente danno luogo ai defluvii sierosi, all'edema cerebrale, all'anemia, e quindi ai fenomeni che ne conseguono. Così pure pei polmoni. Le affezioni renali portando un' alterazione nel loro funzionare, producono ritenzione dei materiali d'escrezione e di natura il disordine nell'apparecchio renale, o filtro o dializzatore (Dujardin Beaumetz, *Clinique terapeutique des maladies du coeur*), dà luogo al complesso dei sintomi che rappresentano il quadro dell'uremia. Quindi lo scoppio delle varie forme, dall' eclamsia alla dispnea asmatiforme da uremia, che fu così bene descritta ed illustrata dal nostro Chiara.

L'utero, il cuore, il sangue, il polmone ed il rene; ecco i punti anatomici su cui in modo speciale deve rivolgersi l'osservazione

Dal sin qui detto facilmente si comprende il perchè così riservata debba essere la prognosi nella congestione e nell' edema polmonare della donna gravida. Prognosi che diventa poi riservatissima nei casi di puerperio infezioso. Qui le condizioni sanguigne favorevoli all'edema, per lo stato di dissoluzione del

plasma sanguigno, proprio della setticemia, sono aumentate. Lo scoppiare ed il rapido aggravarsi prima del 7.° mese nei casi di complicazione cardiaca, maestrevolmente fu trattato da altri ed ultimamente ancora dal Verardini in una sua Memoria sul parto provocato e forzato.

Ove la gravidanza sia giunta al suo ultimo trimestre, l'invasione di questo male è talmente rapida e minacciosa che molte volte, nonostante il buon volere, non si giunge a tempo a porvi riparo. Per cui l' ostetrico in questi casi dev' essere molto più proclive ad una pronta azione ed a passar sopra a molte suscettibilità; tant' è, che la vita del feto si è più sicuri di salvarla col provocare prontamente il parto, che non coll' attendere passivamente o cullarsi in un nullismo terapeutico poco dignitoso. L' epigrafe che misi in testa a questo lavoro è ciò che una lunga esperienza di successi ed insuccessi mise in bocca all'egregio mio Maestro. Ed è per l'appunto in modo speciale in questi casi che il rimprovero cade più giusto. La maggioranza degli autori si può dire unanime in questa questione.

Basta l'aver assistito qualche volta allo svolgersi di quest'affezione per rimanerne convinto. Essa procede così rapida nel suo aggravarsi, che all'autopsia si trovano lesioni estesissime forse in vita neppur sospettate: la vita del feto è direttamente minacciata in casi di rapida asfissia. Ciò che succede per l' edema in questi casi è il medesimo che il Cuzzi (Ecchimosi sotto-pleurali e sotto-pericardiche del feto e del neonato. « Annali d'Ostetricia, ecc. » pag. 167) osservò succedere nei casi di versamenti pleurici negli adulti. Il pericolo è minore se il versamento si forma lentamente; nell'edema polmonare gravidico un po' grave, non è questione di molto temporeggiare; se si aspetta, il caso può farsi rapidamente fatale.

(Continua).

ISTITUTO OSTETRICO DI MILANO

diretto dal

PROF. CAV. DOMENICO CHIARA

Atresia quasi completa cicatriziale della bocca uterina — Stenosi pelvica di 2.° grado (C. V. 72-75) — Isterostomatomia — Cefalotrissia col cefalotribo Lollini — Puerperio fisiologico.

OSSERVAZIONE CLINICA

DEL

dott. PAOLO NEGRI

La sera del 16 maggio u. s. a otto ore pomeridiane viene tradotta da un paesello distante circa 15 chilom. una donna in travaglio di parto da cinque giorni. All'esame istituito subito ci si presenta una donna discretamente nutrita e piuttosto robusta; di statura bassa, il suo scheletro mostra delle alterazioni imputabili alla rachitide: ed infatti gli zigomi alquanto pronunciati, le clavicole alquanto contorte, l'angolo sternale del Louis esagerato, ed un certo grado di insellatura sacro-lombare, ne fanno testimonianza e ci mettono in sospetto che eziandio la pelvi fosse più o meno sconciata. La pelvimetria esterna allora eseguita dà infatti: distanza fra le spine iliache ant. sup. cent. 23,5; fra le creste iliache cent. 24; diametri obliqui cent. 24; conjugata esterna cent. 17.

Di anamnestico la donna non ci ricorda altro che due anni fa aveva avuta la sua prima gravidanza che terminò con l'espulsione di un feto maschio a termine, morto; quel travaglio

fu molto laborioso, ed il susseguente puerperio, morboso per febbre, la costrinse a letto per 18 giorni.

L' attuale gravidanza, tenuto calcolo delle ricorrenze mestruali, sarebbe a termine; il travaglio era cominciato cinque giorni innanzi con dolori e perdita delle acque ammiotiche verso la sera del primo dì; sebbene i dolori fossero più o meno continui durante questa serie di giorni, pure il parto non progredì e fu per questo inviata all'ospizio.

L'esame locale dà: utero contratto arrivante col suo fondo nella zona superiore sopraombellicale, sviluppato prevalentemente nel senso longitudinale; l' ascoltazione, diligentemente ripetuta su tutto l'ámbito, non lascia sentire in alcun punto il battito cardiaco fetale.

Col riscontro si può accertarsi che alla parte alta dello scavo si presenta una parte che ha tutti i caratteri della testa fetale; tale parte è tutta rivestita dal segmento inferiore dell'utero; percorrendo col dito esploratore la superficie di tale segmento, non si riscontra il collo uterino, ma in sua vece alla parte centrale una piccola depressione infundibuliforme entro la quale può appena collocarsi l' apice del dito esploratore; questa depressione è limitata posteriormente da un cingolo ricordante il labbro posteriore dell' utero; dalla parte anteriore invece si diparte un solco cicatriziale che si protende fino alla volta della vagina.

Il promontorio sacro-lombare si raggiunge facilmente, e la linea che lo unisce al margine inferiore della sinfisi pubica è lunga 88 millimetri; inoltre, venendo col dito a toccare la parete interna della pelvi, questa appare impiccolita anche nelle altre dimensioni.

Le condizioni generali della donna abbastanza buone: respiro tranquillo, polso a 72 per m′, temp. ascell. 38,5.

La diagnosi portata dopo compiuto tale esame si fu di: atresia quasi completa della bocca uterina da cicatrice, stenosi pelvica di secondo grado.

Quale doveva essere la condotta dell'ostetrico innanzi a tale

caso? Non rimaneva alcun dubbio: con una operazione cruenta sulla madre, aprire quella bocca uterina che già da tanto tempo resisteva, con una operazione cruenta sul feto ridurre i diametri di quella testa troppo sproporzionati di fronte ai diametri della pelvi. Ed è quello che il Professore decise di fare — a questo anche confortato dalla mancanza assoluta dei segni di vita da parte del feto.

Posta la donna nella posizione sul dorso, previa diligente irrigazione vaginale con acqua fenicata calda, il professore con una forbice cubitata praticò quattro incisioni due a destra e due a sinistra, all'avanti ed all'indietro in corrispondenza della soprannotata fossetta che si riscontrava al centro del segmento uterino inferiore; effetto di tali incisioni fu una via abbastanza ampia per l'introduzione degli strumenti destinati all'embriotomia. La perdita sanguigna consecutiva fu assai modica e cessò interamente dopo una irrigazione vaginale con acqua fenicata fredda. Si potè allora constatare che il vertice si presentava in una posizione sinistra-trasversale.

L'operazione embriotomica l'egregio professore volle fosse eseguita dallo scrivente. Con un trapano Braun di media grandezza fu perforata la volta del cranio; fu spappolata la sostanza cerebrale mediante una lunga pinza e se ne agevolò la uscita mediante un forte getto di acqua data da un potente irrigatore. Si passò poi all'applicazione del cranioclaste che riuscì abbastanza facile, ma, non ostante che la presa fosse buona, la lasciò per ben due volte. Si tentò allora il forcipe Guyon; tre applicazioni successive non valsero ad estrarre quel feto; l'istrumento usciva cogli apici delle cucchiaje a perfetto contatto perchè non aveva potuto deprimere a sufficienza la durissima testa. Fu allora applicato il cefalotribo fenestrato Lollini; le branche portate molto in alto, i manichi molto all'indietro; l'articolazione fu facile, i manichi lentamente avvicinati mediante la morsetta; la presa fu buona e l'istrumento resistè alle trazioni ed il feto potè essere estratto; dopo pochi momenti avveniva il secondamento agevolato da leggiere pressioni sul fondo uterino.

Le branche caddero: la destra sopra una linea dirigentesi dalla branca orizzontale destra della mandibola alla regione della bozza frontale destra, la sinistra sopra una linea mandibolo-temporale comprendente fra le due gemelle il padiglione dell'orecchio sinistro e comprendente all'apice delle cucchiaje un tralcio di cordone ombelicale. Il peso del feto era di chilogrammi 3,020 senza cervello.

Il puerperio fu assolutamente fisiologico ed in 13ª giornata la paziente abbandonava l'ospizio. Il riscontro vaginale fatto il giorno innanzi alla sua partenza ci lasciava sentire un solco cicatriziale antero-posteriore che dall'orifizio uterino situato molto all'indietro e quasi conterminato dalla parete vaginale posteriore, si estendeva fino quasi al terzo anteriore della parete vaginale anteriore; ai lati di tale cicatrice si dipartivano quattro piccoli solchi cicatriziali residui delle praticate incisioni, limitanti i resti del tessuto uterino.

A tale storia una sola nota relativa all'impiego del cranioclaste: l'istrumento adoperato in tale circostanza è un vecchio cranioclaste della scuola, recentemente modificato che ricorda quello del Braun: ebbene tale strumento è imperfetto per il modo con cui la branca interna viene ad immettersi nella fenestrata; nessuna meraviglia adunque che la presa sia fallita.

Quanto poi al forcipe Guyon, questo leggiero strumento, che presenta tanti utili servigi, forse in tal caso era un po' troppo debole ed elastico di fronte ad una testa molto grande e molto ossificata quale era quella del feto in discorso.

Rivista bibliografica

Sulla esportazione totale dell' utero canceroso. — Analisi bibliografica del dott. Luigi Mangiagalli.

I. Atti della sezione ginecologica del 51.° congresso dei Naturalisti e Medici tedeschi tenutosi in Cassel. — Archiv. f. Gynæk Bd. XIII, H. 3. 1878.
II. Binswanger. — Contribuzione anatomica alla questione dell'indicazione della operazione di Freund. — Centralblatt für Gynæk, 1879, N. 1.
III. Toeplitz. — Contribuzione allo studio della totale esportazione dell' utero canceroso col metodo di Freund. — Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1879, N. 3. e Centralblatt f. Gynæk 1879, N. 8.
IV. William Alexander. — Esportazione d'utero in causa di carcinoma. — Medical Times and Gaz. 1879. Vol. I, pag. 37 e Centralblatt f. Gynæk N. 8.
V. Bruntzel. — Dalla Clinica ginecologica di Breslau. — Sei casi di esportazione totale di utero canceroso. — Archiv. f. Gynæk 1879. Bd. XIV, H. 2.
VI. Massari. — Esportazione delle ovaje e dell'utero canceroso col taglio addominale. — Centralblatt f. Gynæk, 1879, N. 11.

I progressi fatti in questo ultimo decennio nella tecnica della laparotomia, i brillanti ed insperati successi ottenuti, tolsero al peritoneo la triste fama del *noli me tangere*, e ci addomesticarono all'idea delle operazioni che per essa si praticano, ed i chirurghi spinsero ardimentosi lo sguardo là dove pochi anni prima sarebbe stato giudicato ingiustificabile baldanza l' avventurarsi e l' esportazione totale dell' utero l'esportazione della milza e del rene, l'escisione di tumori intestinali, divennero le questioni del giorno. Per la grande frequenza con cui la degenerazione cancerosa invade l'utero, per i risultati non molto incoraggianti dell'amputazione sotto vaginale del collo, era naturale che l'attenzione dei ginecologi si rivolgesse specialmente alla prima di queste operazioni. Non è che l'idea di essa fosse nuova, come lo dimostrano i cenni storici riportati nel parlare della memoria di Kocks in questo stesso giornale, ma spetta a Freund il merito di avere esposto pel primo un tecnicismo metodico, e di aver presentato quest'ultimo al pubblico medico sotto gli auspicii di un esito felice, benchè contemporaneamente a lui altri si occupassero di tale argomento,

come ne fanno fede i lavori di Kocks e di Massari. Ad ogni modo, ben presto si rispose all'appello, e da molte parti si portarono in campo osservazioni critiche od osservazioni di fatto, destinate queste, a seconda della natura dei risultati prossimi o remoti, a giudicare di questo nuovo ardimento dello spirito chirurgico del nostro secolo. Quindi la discussione vivace ed interessante su tale argomento al Congresso dei naturalisti tenutosi in Kassel, quindi le osservazioni che da ogni parte si succedono su questo argomento.

Prima di riferire le osservazioni accennate nella bibliografia di questa rivista, noto come i due casi riferiti da Toeplitz e così pure uno riportato da Bruntzel spettino a Freund.

I. Operatore Freund. — Donna di 52 anni, vergine, che da due anni e mezzo soffriva di emorragie a tipo irregolare, porzione vaginale libera, corpo dell' utero notevolmente ingrossato. L'esame microscopico delle masse allontanate dalla cavità interna dopo l'incisione e la dilatazione della bocca uterina, dimostrò un carcinoma cilindro-epiteliale ricco di cellule.

L'operazione venne circondata di cautele antisettiche, ma senza Spray. Morte, 30 ore dopo l'operazione per paralisi cardiaca. L'autopsia dimostrò degenerazione grassa del miocardio e antica nefrite emorragica. Cavo addominale perfettamente libero.

II. Operatore Freund. — Donna di 36 anni, la quale aveva avuto tre aborti e partorito sei volte a termine — estesa degenerazione cancerosa della porzione vaginale, emorragie da 14 mesi consecutivamente all'ultimo puerperio; da quattro mesi senza interruzione. L'operazione decorse senza speciali incidenti. Il decorso della malattia venne disturbato da un ascesso all'angolo inferiore della ferita. *Dopo sei mesi completo benessere. Nessuna recidiva.* L'esame microscopico dell'utero dimostrò unitamente al cancro tubulare della porzione vaginale un'isolata ulcera carcinomatosa dell'utero.

III. Operatore Alexander. — Prostituta: violenti emorragie e veementi dolori accompagnarono lo sviluppo del carcinoma; utero 2. 3 volte ingrossato, perfettamente mobile, sani gli altri organi: viene operata col metodo di Freund, circondando l'atto operativo colle cautele antisettiche; venne allontanato anche un pezzo sospetto della parete vaginale anteriore. Morte dopo un'ora e mezzo per collasso.

IV. Operatore Freund. — Paziente di anni 18; sarcoma polyposum hydropicum del collo uterino, infiltrazione dell' intestino e della ve-

scica, colla quale e coll'S iliaca l'utero s'ingloba in una massa comune. Malgrado la più rigorosa antisepsi, alla sezione, si trovò peritonite fibrinosa purulenta: nella flessura iliaca un piccolo foro.

V. Operatore Spiegelberg. — Paziente di 47 anni; utero leggermente ingrossato, mobile, collo bernoccoluto, legatura dei legamenti larghi; il sinistro dà sangue e quindi si praticano legature isolate. Anche il destro sanguina, perchè accidentalmente, separando la vagina, si è recisa l'ansa inferiore; la legatura frena tosto l'emorragia; cucitura peritoneale; decorso apirettico: dopo 3 settimane completo benessere; dopo due mesi e mezzo recidiva del neoplasma che fa rapidi progressi.

VI. Operatore Spiegelberg. — Paziente di 41 anni; tumore fungiforme della porzione vaginale, utero mobile: la legatura dei legamenti lati presenta molte difficoltà per la profondità della tasca di Douglas e perchè vi scivolano anse dell'intestino tenue; forte emorragia. Morte dopo 24 ore. All'autopsia sangue nel cavo addominale, peritonite universale e lesa la vescica.

VII. Operatore Spiegelberg. — Paziente di 51 anni; amputazione di un grosso tumore a cavolfiore: dopo 2 mesi recidiva; viene quindi decisa l'operazione di Freund. L'operazione non venne compiuta dopo l'apertura del cavo addominale, perchè infiltrati i parametrii.

VIII. Operatore Spiegelberg. — Paziente di 41 anni; carcinoma cervicale in via di icorizzazione: durante l'operazione distacco del corpo dell'utero dal collo; durante l'atto operativo insorgono fenomeni di collasso per cui si praticano injezioni di etere; rapido compimento dell'operazione; dopo 13 ore morte per collasso. All'autopsia, musculatura del cuore anormale, edema di ambo i lobi polmonari inferiori, infiltrazione cancerosa delle ghiandole inguinali a destra.

IX. Operatore Spiegelberg. — Paziente di 40 anni; carcinoma del labbro inferiore invadente leggermente il laqueare; utero collocato profondamente nella pelvi, aderente per pseudo-membrane: operazione nel modo abituale; la vescica spostata e contorta, suscita difficoltà: grave emorragia, parecchie legature isolate, completa anuria, timpanite. La puntura intestinale arreca sollievo: con temperatura non elevata, sensorio non alterato e mancanza di ogni edema, l'anuria dura cinque giorni: all'ultimo giorno di vita, colossale salivazione, morte. Alla sezione, peritonite purulenta diffusa, entrambi gli ureteri abbracciati dalle legature, quindi idronefrosi bilaterale e nefrite parenchimatosa recente.

X. Riferirò quasi integralmente l'osservazione di Massari, perchè fu tra quegli che studiarono più e meglio la questione e perchè il processo seguito diversifica un poco da quello di Freund — non nella base fondamentale, ma nel modo di eseguirlo. — Donna di 53 anni; ebbe otto parti a termine ed uno prematuro; da dieci anni nella menopania; da un anno e mezzo perdita abbondante; da sei mesi emorragie ad intervalli irregolari, mentre la perdita bianca si fece abbondantissima. Condizioni generali soddisfacenti; non infiltrate le ghiandole inguinali; porzione vaginale più grossa, dura; l'orificio esterno rivestito di tessuto molliccio e bernoccoluto ed è escavato a cratere: non si dimostrano nè col riscontro vaginale, nè coll'esame praticato pel retto, infiltrazioni degli organi pelvici; utero mobile in ogni senso. L'esame degli organi del petto e dell'addome non dimostra nulla di abnorme.

Operazione. — L'ammalata viene collocata in una camera ben aereata, chiara, riscaldata a 22° R., disinfettata mediante nebbia di Thymol; sopra un tavolo d'operazione e così situata da volgere la testa verso la finestra, mentre la pelvi è rialzata mediante elevamento dell'estremità inferiore mobile del tavolo e mediante un cuscino posto al disotto di quella, colle natiche al margine inferiore del tavolo, gambe flesse, abdotte, coi piedi appoggiati. Per la narcosi venne impiegato un miscuglio di 100 parti di cloroformio, 30 parti di etere solforico, 20 parti di alcool. Vennero rasi i peli; il ventre e le coscie lavate con acqua fenica e sapone; la vagina detersa mediante injezioni di acqua fenica al 5 %; la vescica svuotata. L'operatore, collocandosi a destra della paziente, incise i tegumenti dall'ombellico alla sinfisi nella linea alba, ed aprì nell'istessa estensione il cavo addominale giovandosi della sonda cava e del coltello bottonuto. All'angolo inferiore della ferita venne assicurato alla parete addominale mediante sutura nodosa lo scorrevole peritoneo. Colla mano destra spinse dolcemente omento e intestina nello spazio situato al disopra dell'ombelico, il che riuscì (quantunque l'intestino fosse stato svuotato mediante un lassativo il giorno antecedente), solo quando i tesi muscoli retti si rilasciarono nella profonda narcosi. Omento ed intestina vennero tenute in alto mediante compresse calde, bagnate nella soluzione di Thymol, e le pareti addominali mantenute divaricate mediante apposito congegno da lui ideato, per cui si poteva liberamente spingere lo sguardo nel cavo pelvico. L'utero completamente mobile venne afferrato nel suo corpo mediante una pinzetta di Luer e sollevato e tenuto da un assistente;

la presa fu eccellente. Allora l'operatore prese posto fra le gambe divaricate della paziente, guidò nella vagina l'indicatore della mano sinistra, scegliendo per l'infissione dell'ago onde praticare la legatura del legamento largo di destra, un punto situato ad un centimetro dal margine destro del collo. Un ago di Bruns, fermo in manico ed armato di un filo di seta fenicato del N. 3 e della lunghezza di un metro, venne quivi infisso, e la trasfissione fatta in modo, che il canale di puntura, trascorrendo lungo la parete posteriore della vescica, venisse a terminare nella tasca peritoneale anteriore, ad un centimetro dal margine laterale dell'utero. Ciò fatto, si estrae un capo del filo, mentre l'ago, ancora armato dell'altro capo, si ritira in vagina, dalla quale per lo stesso foro di puntura, ma dirigendo l'ago più all'indietro, si riesce nella tasca peritoneale posteriore alla medesima distanza dal margine uterino; liberato allora il filo dall'ago, questo si ritira nuovamente e si estrae dalla vagina. Venne così collocata attraverso la base del legamento largo di destra un'ansa di filo i cui due capi, riescono l'uno alla tasca peritoneale anteriore, l'altro nella posteriore e vengono quindi condotti all'esterno. Lo stesso processo venne ripetuto a sinistra. L'indice della mano sinistra venne allontanato dalla vagina solamente dopo l'apposizione di entrambe le anse, e le mani vennero quindi diligentemente pulite mediante spazzole per le unghie, sapone ed acqua fenicata. Tosto dopo coll'estremo *posteriore* dell'ansa *destra* venne infilato un ago retto di Bruns e questo infisso a 3 centimetri dalla base del legamento largo di destra ed un centimetro e mezzo dal margine laterale dell'utero, attraversando il primo a tutta sostanza dall'indietro all'avanti; il filo venne liberato dall'ago e questo ricondotto vuoto attraverso lo stesso canale di puntura. In tal modo vennero a trovarsi alla superficie anteriore del legamento largo entrambi gli estremi del filo, che furono stretti ed annodati colla forza necessaria a stringere e legare i vasi decorrenti alla base del legamento largo. Uno degli estremi del filo venne quindi attraverso il canale di puntura ultimamente fatto, guidato mediante ago retto alla superficie posteriore del legamento largo, mentre l'altro estremo infilato dopo nello stesso ago, trapassò il legamento dall'avanti all'indietro in corrispondenza del limite tra il suo terzo medio ed il suo terzo superiore, cosicchè i due fili vennero a trovarsi entrambi alla superficie posteriore del legamento largo e quivi furono stretti ed annodati. Un estremo del filo venne allora, attraverso quest'ultimo canale

di trasfissione, guidato nuovamente mediante ago retto dall'indietro all'avanti, mentre l'altro estremo venne condotto all'avanti passando pel margine superiore del legamento largo, decorrendo un centimetro all'esterno dal polo esterno dell'ovajo, e così i due estremi del filo trovatisi nuovamente all'avanti, vennero per la terza volta stretti ed annodati, cosicchè l'intiero legamento largo di destra venne legato in tre porzioni e le singole legature si trovarono tanto più allontanate dal margine laterale uterino, quanto più si avvicinavano al margine superiore del legamento largo. Lo stesso processo venne ripetuto a sinistra. Le mani furono quindi ancora accuratamente lavate mediante acqua fenicata. L'emorragia dai canali di puntura fu pressochè nulla.

Ciò fatto, l'operatore introdusse l'indice della mano sinistra in vagina e, mentre un catetere metallico dimorava in vescica, mediante un ago retto, trapassando la volta vaginale anteriore nel suo mezzo ad un centimetro e mezzo dal margine anteriore del collo, condusse un filo di seta fenicato tra l'utero e la vescica proprio nel centro della tasca perineale anteriore: un estremo del filo venne tratto in alto nel cavo addominale, mentre l'altro estremo pendeva in vagina e veniva per essa all'esterno. Nello stesso modo vennero passati altri fili a destra ed a sinistra nei punti di passaggio dalla parete vaginale anteriore alla posteriore, e guidati nella tasca peritoneale anteriore circa due centimetri distanti l'un l'altro. Attraverso la volta vaginale posteriore vennero collocate nello spazio di Douglas tre anse di filo di canape, le quali corrispondevano nella loro disposizione ai tre fili di seta collocati anteriormente ed avevano lo scopo, una volta esciso l'utero, di ricondurre in vagina gli estremi addominali dei fili di seta attraversanti la volta vaginale anteriore, e riunendo quindi ed annodando questi cogli estremi rimasti in vagina si veniva a chiudere il cavo abdominale restato aperto per l'escisione dell' utero in corrispondenza della vagina, ponendo a mutuo contatto le due superficie peritoneali.

Applicati fili ed anse, durante il collocamento dei quali l' indice sinistro rimase sempre in vagina, le mani vennero di nuovo accuratamente lavate con acqua fenicata. Portata quindi una spatola ossea in corrispondenza della volta vaginale anteriore, questa venne spinta e fatta sporgere nel cavo addominale, e sulla stessa venne infitto un bistorì acuminato, che divise la volta vaginale anteriore tra il collo uterino ed i fili di seta decorrenti attraverso detta volta vaginale, che venne poi divisa trasversalmente in totalità mediante un

bistorì bottonuto. Emorragia minima. Tirato quindi a destra l'utero mediante la pinzetta di Luer, venne diviso il legamento largo di sinistra ad un centimetro all' interno delle legature mediante la forbice curva di Bozemann; divisa pure la volta vaginale posteriore al di di qua delle anse di filo di canape, venne poscia reciso il legamento largo di destra pure ad un centimetro all'interno delle legature, liberando in tal modo l'utero da tutti i suoi attacchi. Una profusa emorragia riempì in pochi istanti il cavo pelvico, che venne tosto tamponato con spugne, allontanando le quali, successivamente si scoprì l'arteria uterina di sinistra che gettava come un'arteria radiale; la si afferrò con una pinzetta di Koeberlé e la si legò, e così pure vennero legati altri vasi, talchè l'emorragia fu completamente frenata: — dalla parete vaginale posteriore venne pure esciso un pezzo che sembrava sospetto per la sua durezza. Essendosi in questo frattempo recise due delle anse posteriori, i corrispondenti fili di seta anteriori vennero invece condotti attraverso la parete vaginale posteriore mediante ago fisso in manico, ed annodando gli estremi in vagina, si chiuse ogni comunicazione fra vagina e cavo addominale. Tra queste tre legature, venne collocato un certo numero di legature di catgut dalla parte del cavo addominale onde affrontare più esattamente le superficie peritoneali. Praticata una diligente teletta del cavo addominale e pelvico mediante spugne disinfettate, omento ed anse intestinali vennero di nuovo ricondotte nella zona addominale inferiore e quindi si passò alla chiusura della ferita addominale ed alla medicazione. La paziente moriva in terza giornata. L'autopsia dimostrò peritonite purulenta e recisione tre centimetri al disopra dell' apertura vescicale, dell' uretere destro, il cui estremo superiore era compreso in una delle legature unitamente all'arteria uterina corrispondente.

La questione della esportazione totale dell'utero canceroso può giudicarsi da due punti di vista, dal punto di vista della recidiva e dal punto di vista del tecnicismo operatorio e della prognosi che tale operazione comporta. Riguardo alla recidiva valgono per l'utero tutte le considerazioni che si portano in campo per i neoplasmi maligni degli altri organi. Le indicazioni e le controindicazioni possono fissarsi cogli stessi criterii, tenendo calcolo specialmente della limitazione del male che deve essere accuratamente determinata. Fino a qual punto tale operazione assicuri contro la recidiva lo deciderà l' esperienza prossima a farsi sulle donne che hanno sopravvissuto a tale atto opera-

tivo. Quanto all'operazione in sè egli è certo che le difficoltà non sono nè insormontabili, nè straordinariamente gravi, e che andranno diminuendo col perfezionarsi progressivo del tecnicismo, coll'addestrarsi degli operatori ed anche colla migliore scelta dei casi, il che servirà a migliorare la prognosi che sinora si presenta abbastanza grave. Sopra 33 casi, di cui pervennero a mia conoscenza cenni più o meno completi, io conosco l'esito di 27 ed in questi si ottenne l'esito felice 11 volte, quindi circa il 43 %. Eccone il quadro:

Autore	N.º delle operazioni	Esito felice	Esito letale	Esito a me sconosciuto
Freund	10	5	5	—
Kocks	1	1	—	—
Veit	1	1	—	—
Schroeder	3	—	—	3
Müller	2	2 (1)	—	—
A. Martin	2	—	2	—
Martin con Langenbuch	1	—	—	1
Olshausen	2	1 (rec.)	1	—
Baumgärtner	1	—	1	—
Alexander	1	—	1	—
Fränkel.	1	—	—	1
Leopold.	1	—	—	1
Bottini	1	—	1	—
Spiegelberg	5	1	4	—
Massari.	1	—	1	—
	—	—	—	—
Totale	33	11	16	6

Nel campo del tecnicismo operatorio vanno specialmente riguardate la possibilità del trasporto di elementi settici od eteroplastici, la complicazione delle legature e la difficoltà delle loro apposizioni, la necessità di una emostasia perfetta, il pericolo di comprendere nelle legature uno od entrambi gli ureteri, come avvenne nel caso di Massari

(1) In uno dei casi di Müller venne lasciata la porzione vaginale trattandosi di carcinoma del corpo. A rigore quindi non dovrebbe trovar luogo qui, ma l'apposizione delle legature venne praticata col metodo di Freund.

ed in un caso di Spiegelberg. Come miglioramenti del processo operativo possono già considerarsi alcune delle proposte fatte da Freund al congresso di Cassel, l'estensione del taglio fino al pube, l'assicurazione del peritoneo all'angolo inferiore della ferita, il mantenimento delle anse intestinali nel cavo addominale, l'evitare di pungere l'utero per sollevarlo quando anche il suo corpo sia degenerato. Quanto alle legature parmi che il processo di Kocks semplifichi alquanto l'atto operativo, e sia a sua volta suscettibile di semplificazioni, mentre col processo di Massari si ha l'inconveniente d'altronde accennato dall'autore stesso, ma poco grave, di annodare i fili in vagina. Ad evitare la legatura degli ureteri infine può essere accettabile la proposta di Massari di rendere accessibile la vescica ai nostri mezzi di esplorazione col metodo di Simon e di praticare quindi il cateterismo degli ureteri, o sulla scorta del dito introdotto in vescica o meglio illuminando mediante mezzi acconci la vescica come riescì facilmente all'autore nel cadavere, onde avere durante l'atto operativo un mezzo facile per evitare di comprenderli o di reciderli. Qualunque sia il modo con cui l'esperienza futura giudicherà questa ardimentosa operazione, resta intanto giustificato chi, parimente alieno da baldi entusiasmi o da paurose esitanze, accoppiando l'ardimento chirurgico al senno clinico che lo guidi nella scelta dei casi, tenta di combattere e domare con questo nuovo mezzo, una delle più frequenti ed inesorabili malattie che affliggano l'umanità.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Volume I. Luglio 1879.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

LACERAZIONI VULVO-PERINEALI NEL PARTO PEL VERTICE

PROFILASSI E CURA

Prelezione al corso pratico di Manualità ed Operazioni ostetriche per gli studenti del 6° anno di Medicina e Chirurgia, detta nell'Istituto Ostetrico di Torino

DA

LIBERO BERGESIO

Medico 1.° Assistente

SIGNORI,

È antica consuetudine che al libro faccia l'autore premettere poche linee in cui delinea a grandi tratti lo scopo del suo scritto, mentre che porge i suoi saluti ai lettori che avranno la bontà di percorrerlo. È pure antica usanza in molte nostre scuole far precedere alla serie di lezioni che s'incominciano, una prelezione.

In questa, se il Maestro è un distinto e provetto cultore della scienza, sceglie e tratteggia un atomo del suo sapere e lo presenta adorno di mille pregi per sollecitare la mente ed il concorso degli uditori alle future conferenze. Se chi professa invece non è dotato di grande vigoria di mente e di estesa cultura,

tenta allora di illudere l'animo dell'ascoltante sparpagliando tutto il suo scibile, cercando così di abbarbagliare gli occhi della mente con una profusione di vivaci colori.

Il primo è il giojelliere, che per tutta mostra delle ricchezze rinchiuse nell'interno de' suoi scaffali pone in vista una o poche gemme, ma vere e splendenti; il secondo rappresenta il chincagliere che attrae lo sguardo spargendo a profusione all'esterno il più o meno vivace scintillìo di gemme false. L'uno presenta oro schietto; l'altro invece orpello.

Per parte mia essere il primo non posso; il secondo poi nol bramo. È così poca cosa l'utilità che da questi trattenimenti pratici potrete ricavare, che presentarmi a voi con una prelezione in tutta forma non osai. Le poche parole che sto per dirvi sono piuttosto la prefazione ad un libricino di poche pagine, una scusa, un pretesto per porgervi io pure il saluto presente dell'amico e l'augurio futuro del collega, per darvi in poche parole il benvenuto.

Fra le varie questioni che si presentavano alla mente mia, molte s'imponevano per la vastità loro ed indiscutibile utilità pratica. In varie di esse poi avrei più facilmente potuto fare sfoggio di erudizione, pescando e ripescando nei libri e trattati, ma gran parte di queste furono già trattate da chi più di me provetto e colto sa con singolare maestria ostetrica presentare e svolgere le questioni. Ho scelto questa delle lacerazioni vulvo-perineali, perchè forse la vostra mente, assistendo ai parti, non si sarà sufficientemente arrestata sull'importanza che tali lesioni trascurate possono avere sulla salute futura della madre. Ciò che vi verrò esponendo non è un riassunto di cognizioni ricavate da monografie più o meno peregrine, o da trattati, ma sono in gran parte impressioni ricevute nella breve pratica mia delle cose ostetriche.

È inutile ch'io mi soffermi a dare la definizione della lacerazione vulvo-perineale nel parto naturale. Essa è già compresa in queste poche parole, e consiste in ogni lesione o divisione anormale dei tessuti vulvo-perineali che si faccia in questo fran-

gente. È mio scopo di trattare specialmente quelle consecutive al parto naturale, non lasciando però, onde avvicinarmi un po' più al completo, di toccare in breve pur le lesioni prodotte dal parto artificiale.

Le lacerazioni vulvo-perineali variano secondo l'estensione che ne accresce l'importanza. Così dalle semplici abrasioni della forchetta, ritenute pressochè inevitabili qualunque sia il genere di parto, noi vediamo scindersi il perineo nei varii punti, sino ad osservarne, non solo la completa divisione dei suoi piani anteriori, ma degli organi che ci sono contigui o che hanno con lui anatomicamente importanti relazioni di contatto, cioè vediamo rompersi e lo sfintere anale, e la parete anteriore del retto, scavarsi in tal modo un canale tra vulva ed ampolla rettale, formarsi cioè la così detta cloaca.

Da ciò facilmente si comprende che le lesioni vulvo-perineali non sono uniformi, ma che possono variare tra di loro. In altri termini, noi possiamo avere varie specie di lacerazioni a seconda della maggiore o minore estensione.

Chi produce la lacerazione nel parto eutocico, od almeno di molto predispone a questa, è la sproporzione tra contenuto e contenente. Vedremo in seguito come le leggi dell'accomodamento ostetrico, che incominciano appena spuntano i primi bisogni di relazione d'adattamento tra madre e feto, si continuino sino all'ultimo momento del parto. In questi casi è la testa che uscendo comprime, contunde e divide i tessuti. Primo a cedere per l'ordinario è il punto di minor resistenza, cioè il bordo libero della forchetta. Ma talora questo oppone resistenza ed allora la somma della potenza dirigendosi ai lati, noi possiamo avere, secondo la direzione, classi speciali di lacerazione.

Ma v'ha di più. A detta della maggioranza degli ostetrici, oltre l'importanza, l'estensione e la direzione nel meccanismo eziologico della rottura perineale, fa duopo pure studiare il punto primo di partenza della lesione. Così, studiando il modo con cui si ottiene in questi casi la divisione prenaturale dei tessuti, vedremo che, mentre fortunatamente la maggior parte di

queste lesioni ha il suo punto di partenza dal bordo libero inferiore vulvo-perineale, talora, in seguito a cause che accennerò, l'abrasione dei tessuti comincia verso l'estremo posteriore o la punta mediana del perineo, e quindi ecco creato un vario genere di lacerazioni vulvo-perineali.

Così pure è per l'ordinario la natura stessa, le di cui forze od azioni non sono ben dirette e sorvegliate da chi assiste il parto, che s'incarica di lacerare. Come pur troppo può essere l'arte, che, costretta a venire in soccorso, contunde e lacera il perineo, qualche volta per deficienza di criterio clinico, sovente pei rozzi ed immani strumenti di cui è armata la sua mano, vere macchine metalliche che fortunatamente tendono a scomparire; il più delle volte, a nostro onore però per l'alterata condizione su cui si opera, creata dalle condizioni precedenti del soprapparto.

Riassumendo in poche parole ciò che riflette l'eziologia, noi possiamo avere, secondo l'importanza ed estensione, varii gradi di lacerazione. Non tengo conto delle semplici abrasioni della forchetta di cui, come già dissi, non se ne può, secondo alcuni, nelle primipare quasi far senza; ma fondandomi su quelle la di cui lesione cade non solo sui punti superficiali, ma pur divide i tessuti profondi, stabiliremo tre gradi di lacerazione perineale. 1.° *grado.* Rottura della forchetta e dei piani perineali più o meno profondamente che si estende posteriormente di pochi centimetri. 2.° *grado.* Il perineo è lacerato nel suo spessore sino oltre alla metà della distanza tra il bordo libero e l'orifizio anale. 3.° *grado.* Il perineo tutto è lacerato, o per essere anatomicamente più chiari, è divisa in tutto lo spessore ed estensione la porzione perineale compresa tra il bordo libero e l'ano. Le lacerazioni di 3.° grado vanno però suddivise ancora, a seconda che la lacerazione ha o non ha compreso i tessuti proprii dell'apertura intestinale cui fa capo il perineo. Se la lacerazione giunta allo sfintere si è arrestata e questo rimane illeso, avremo lacerazione perineale di 3.° grado incompleta, completa poi se questo temibile fatto si è pur avverato.

Trovo che la divisione a gradi è quella che maggiormente serve e meglio risponde alla classazione secondo l'importanza e l'estensione.

Secondo la direzione, come già dissi, per l'ordinario chi cede è il punto più debole; è la parte media della forchetta, quella a cui sottostà il rafe. Qui la lesione trova, come vedremo, una via facile per estendersi. Quindi facendosi sul punto mediano con partenza dal bordo libero, noi possiamo chiamare queste soluzioni di continuo le più frequenti nel parto: *Lacerazioni perineali mediane e periferiche;* se poi non è la parte media che cedette, ma i lati, come ho osservato io stesso una volta in clinica, e, come Budin riporta in due casi del suo lavoro su questa materia, si ha allora la *lacerazione perineale periferica-laterale.*

Come si vede, oltre la direzione in questa divisione si è tenuto pur conto del punto di partenza. Quindi seguitando la medesima via, se la soluzione invece di cominciare dalla periferia, comincierà dal centro e si estenderà o posteriormente al retto od anteriormente alla forchetta, noi stabiliremo un'altra specie di lacerazioni, che si chiameranno *Mediane centrali;* complete od incomplete a seconda che la lacerazione, partendo dal centro e venendo verso la periferia, avrà divisi i tessuti tutti in modo da comunicar direttamente coll'apertura vulvare, e per essere più precisi in tal caso le chiameremo *Complete esterne;* — mentre se la soluzione portandosi posteriormente avrà squarciato lo sfintere e parte della parete anteriore del retto, saranno *Complete interne.* Per parte mia riserverei il titolo di centrali incomplete solo quando la pura porzione perineale è compresa, e la forchetta e lo sfintere anali sono rispettati, rispondendo questa divisione meglio ai fatti che si osservano.

Se poi è la natura o l'arte che avrà prodotti i guasti summenzionati, la lacerazione viene distinta in naturale o spontanea, ed in *artificiale* o procurata.

Come ho già detto, per l' ordinario è la legge d' accomoda-

mento, che regola pure l'uscita del feto; quindi è precisamente nel modo di comportarsi di questa, che noi dobbiamo cercare il meccanismo della lacerazione. Dico nella maggior parte delle volte, perchè talora sono altri i punti di partenza che dobbiamo cercare, per spiegare il come sia successa questa anormale soluzione.

Varii sono gli elementi che concorrono all'esecuzione ed alle variazioni che può subire quest'ultimo atto del parto. Così la forma e volume del corpo contenuto che deve uscire, in relazione colla forma e volume dell'apertura per cui deve passare. Noterò subito a questo riguardo che l'uscita non si fa liberamente come da una porta molto ampia, ma è bensì un vero sgusciamento, tentando ognora la testa, quando tutto procede naturalmente, di porre sempre e di far ognora misurare solo una data porzione di superficie, procedendo cioè a gradi. Altro elemento importante è lo stato delle parti materne; stato che può variare per condizioni locali nei tessuti, come pure per condizioni generali. Così, la maggior resistenza secondo il numero dei parti successi, la rigidità, cedevolezza, infiltrazione del perineo; e, come ben osserva l'Olshausen, certe anomalie di direzione nello spazio triangolare sottopubico inerente a vizii di bacino, e la direzione dell' asse pelvico possono più o meno favorire, come vedremo in seguito, queste lesioni. Come pure è elemento di massima importanza da non lasciarsi nello studio di questo meccanismo, il grado e la qualità di forza da cui è sospinto verso l'uscita il corpo contenuto, cioè si deve pure studiare il modo di comportarsi della contrazione uterina.

Il progressivo misurarsi dei segmenti cefalici fetali colle parti molli materne regolano generalmente il disimpegno della testa. E quindi si può molte volte passare senza rompere. Ma pur troppo che elementi così disparati tra di loro, le di cui funzioni partono sino ad un certo punto da centri differenti, il più delle volte non camminano con regolarità assieme, e quindi il predominio di uno o la deficienza dell'altro servono a squilibrare ed a violare la legge che sorveglia all'escimento normale.

È facile il comprendere che poggiandosi su questi elementi varia il meccanismo della lacerazione a seconda del punto di partenza.

Basta averlo osservato una volta ed in genere conoscere i primi elementi della patologia chirurgica per tosto comprendere come in generale si facciano lacerazioni centrali, mediane, complete od incomplete.

Variano le cause di questo modo di lacerarsi del perineo. Può esso determinarsi per la prolungata compressione del contenuto sui piani sottostanti. E qui, come si vede, entra in scena un elemento pure importantissimo, cioè il tempo. La resistenza dei tessuti, normale sul principio, si stanca ed indebolendosi man mano lascia sopraffarsi dalla potenza che del continuo agisce. Suppongo un caso clinico.

Testa a termine nello scavo da varie ore. Cessata completamente la forza uterina espellente, oppure se l'impulso di quando in quando ancor si sveglia, esso non è più capace di far eseguire alla parete i moti ulteriori al parto necessarii, ma aumenta solo la compressione sul perineo, aggiungendo molte volte all'elemento tempo, quello della pressione continua in un dato punto per riuscire meglio nelle mortificazioni delle parti molli. Le ore passano; o per ignoranza, o per manco d'assistenza, la donna abbandonata alle sue forze è in preda ad uno sconfortante nullismo terapeutico. Pel fatto della compressione si disordina il circolo nei tessuti pigiati: è impedito l'afflusso ed il reflusso: viene a mancare l' alimento: le fibre e gli elementi varii si imbevono del siero che esce direttamente dai vasi rottisi per la compressione, o trapela dalle pareti. Ne succede il rammollimento che rende facilissima poi la lacerazione.

Si comprende che in questi casi la più semplice applicazione di forcipe, l' uso della leva, le dita che per la via del retto tentino snocciolare e deflettere la testa, possono, quando i tessuti sono largamente predisposti al rompersi, favorirne la rottura producendo momentaneamente un aumento di compressione. — La colpa è dell'arte? Giammai: ma ben di chi poco

provvido lasciò passare un tempo prezioso, facendo a fidanza col ritorno d'una contrazione spenta da tempo per l'inerzia.

Fortunatamente il maggior rigore ed il più largo campo d'istruzione aperto alle alunne ostetriche, renderà ancor più rari questi fatti, ma non potrà assolutamente evitare che queste lesioni si formino allorchè, non alla potenza, ma alla diminuita resistenza si deve apporre la successa rottura. Pressione normale, poco esagerata; debolezza e manco di elasticità nei tessuti: ecco gli elementi in questi frangenti. Per l' ordinario la lacerazione procede dall' interno verso l' esterno cominciando nelle parti superiori del canale vaginale. Quando vi ha difetto di potere contrattile negli elementi della vagina, questi dipendono generalmente da povertà di elementi elastici, come succede nei tessuti cicatriziali. Quando la vagina fu già in un parto antecedente rotta, l'anamnesi deve illuminare la profilassi e quindi porre in guardia contro al ripetersi di questo deplorevole accidente. Facilmente si riapre la breccia e la testa occupando lo spazio vagino-rettale, viene a porsi in basso direttamente sul perineo, che, obbligato ad alloggiarla, non preparato, mal disposto pur lui da lesioni precedenti alla distensione, non ha forza sufficiente e si rompe là dove c'è maggior pressione; che in questi casi è alla parte media o verso l'apertura rettale.

È un fatto che la natura coll'arricchire la vagina, la vulva ed il perineo di elementi elastici in sufficiente copia, si era premunita contro questo fatto col favorire la distensione dei tessuti.

Come possono pure incontrarsi lacerazioni centrali per l'esistenza di amendue le condizioni. Così perineo, vulva, vagina, edematosi, infiltrati di siero, quindi poco predisposti alla distensione; utero che si contrae e rapidamente caccia il feto per le vie esterne, danno luogo ad uno squilibrio tale che si etrinseca colla lacerazione dei tessuti pigiati. Ove l'ostetrico fattosi accorto del pericolo intervenga tosto, diminuendo la potenza e cercando di togliere in parte i fenomeni di pressione diretta, potrà evitare il guaio quando il suo intervento sia ra-

zionale. Ma se come già osservai, penetra per le vie generative con strumenti ciclopici, antitesi di quell'eleganza e leggerezza che sono i veri pregi d'un istrumento chirurgico ammodo, mentre non ne aumentano la forza, aggraverà lo stato delle cose.

Fortunatamente però il migliorare ed il mancare in conseguenza di molte cause predisponenti ed efficienti di queste lacerazioni centrali, hanno fatto sì che queste diventano rare, mentre le più frequenti sono le lineari periferiche.

Qui è la sproporzione tra contenuto e contenente, la potenza esagerata, e come osserva il Budin il tempo e la direzione che regolano il modo di comportarsi dei tessuti. Le lacerazioni si formano quasi sempre durante il scivolar del vertice sul perineo; non essendo mia intenzione di discorrere delle rarissime fatte dal diametro bisacromiale e che credo evitabilissime. È durante la deflessione del capo che l'ostetrico o chi assiste deve specialmente prendere di mira per le sue cure la protezione del perineo. È ben vero che vi esistono perinei che si lacerano nonostante qualunque terapeutica, sottili come un velo, secondo l'Hecker, e molli come cera; tendenza irresistibile alla lacerazione che il Duncan pone a carico d'un'alterazione speciale dei tessuti che ne diminuisce la resistenza organica.

Si è specialmente in questi casi che l'infiltrazione edematosa dei bordi perineali si presta ad estesa lacerazione. Nel dimostrare quale importanza si abbia l'elemento tempo e direzione in questi frangenti per evitare soluzioni di continuo nei tessuti, mi servirò d'un paragone che udii talora nelle lezioni del Tibone. La testa nell' incappucciarsi sul perineo e nell' uscire dall' apertura vulvare si trova quasi in condizioni analoghe della mano relativamente al guanto che deve calzare.

Se il guanto è troppo stretto e la mano troppo grossa, non vi può essere relazione tra contenuto e contenente, quindi riesce inutile ogni tentativo. Ma per l'ordinario la sproporzione essendo poca cosa può lentamente vincersi, col distendersi del pieghevole ed elastico tessuto. Quindi chi calza il guanto con cura e non vuol lacerarlo, lo fa gradatamente prima un dito,

poi successivamente le varie parti, ed in ultimo avrà dentro la mano intiera. Pigiando, stringendo, allargando con pazienza s'inguanterà bene e senza lacerarlo.

Così è pel perineo. Le lacerazioni più frequenti si fanno, non perchè faccia difetto nel tessuto l'elemento di distensione, non perchè non possa crearsi lo spazio necessario, ma bensì stante la contrazione uterina energica, aiutata dal ponzare che la gestante fa in questi ultimi momenti, e a parer mio il volontario contrarsi dei muscoli addominali, ha come dissi una forza impulsiva sul feto troppo grande e l'elemento tempo è divorato. Come pure è divorato lo spazio dalla parte che esce; cose tutte in relazione inversa dello distendimento graduato; ed ecco quindi che le varie vie, benchè rigide e resistenti come nelle primipare, cedono e si rompono.

Ed è precisamente l'elemento tempo che salva nel primo parto od almeno di molto attenua l'importanza della lesione perineale. Quell'altalena che fa la testa, d'uscita e di entrata per l'apertura vulvare, altalena che fa sembrare talora così lungo il tempo alla donna ed a chi l'assiste è tutta a beneficio del perineo. Periodo espulsivo e di distensione perineale moderatamente lungo nella primipara è normale ed è provvido per le sue conseguenze.

La direzione è, come già dissi, non ultimo elemento nello studio del meccanismo della lacerazione e del modo di opporsi. Essa va studiata non solo per riguardo alla linea tenuta dalla testa nei vari momenti per uscire, ma pure secondo la direzione della lacerazione se succede.

La direzione dei diametri cefalici varia per riguardo a quelli d'uscita nel moto d'estensione, a seconda l'occipite è o non è anteriormente sotto il pube. Dirò tosto che la maggior parte delle lacerazioni e le più importanti si formano, allorchè il moto d'estensione si eseguisce coll'occipite rotato posteriormente.

Naturalmente se la parte più voluminosa del capo viene a porsi laddove normalmente già prima, e per le condizioni

poi dopo inerenti al parto, si è formato maggior spazio, la legge d'accomodamento troverà di più il suo tornaconto e le cose procederanno in modo più regolare. Quindi non saranno necessarie lesioni e lacerazioni dei tessuti per creare nuove vie prenaturali per l'uscita del contenuto, essendo sufficienti le esistenti.

Così se l'occipite rota anteriormente minori saranno i pericoli d'una lacerazione, perchè tra la fenditura vulvare ed il perineo disteso, formasi un canale abbastanza ampio, da permettere alla testa d'innicchiarsi, e lentamente scivolare e sgusciar fuori. In altri termini noi abbiamo creato un cavo le di cui dimensioni possono adattarsi al corpo contenuto, ed in cui la parte maggiore di questo corpo quella che per la più alta resistenza e dimensione potrebbe meccanicamente comprimendo recare maggiori guasti ai tessuti sottostanti è in relazione colla fenditura vulvare, dove trovasi e anteriormente ed ai lati spazio sufficiente.

Infatti se noi prendiamo le misure del perineo nel momento della massima distensione e quelle dell'apertura vulvare, vediamo che il diametro longitudinale del capo può senza lacerazioni misurarsi. Ho voluto rifare questo studio numerico già prima eseguito dal Depaul e dall'Olshausen. Vado debitore all'egregia maestra delle allieve levatrici, signora Lanotti, dell'esattezza, cura e numero di questi ed altri dati di cui abbisognavo, ed approfitto di questo momento per porgerle i miei ringraziamenti. Le cifre furono tolte, com'era necessario, su primipare. Nei primi momenti del periodo espulsivo, l'altezza del perineo varia da centim. 3 a 4. In ultimo quando la fontanella posteriore è sotto il pube, nel massimo di distensione arriva da 9 a 10, e talora sino a 12.

L'apertura vulvare in questi momenti misura l'altezza di 8 a 9 centim., di cui però 2 alla parte superiore sono di ben poco utilizzati. Come si vede abbiamo un solco in cui, ove le cose siano procedute gradatamente e che l'elemento tempo abbia regolarmente agito, può benissimo adattarsi il gran diametro

longitudinale cefalico. Ma la questione sta nell'uscire. La porta ha solo l'altezza di 9 ed il massimo arriva a 10. Nei parti a termine se la fontanella triangolare si fissasse al pube e la testa deflettendosi venisse a misurare i suoi diametri occipitali diretti coll'uscita, questi che sono maggiori e che non cedono dovrebbero per uscire sfondare in alto od in basso, per crearsi dello spazio.

Fortunatamente non sono i diametri occipitali che si misurano colla fenditura. È vera l'asserzione del Depaul, Pajot ed in genere degli Ostetrici francesi, che prima ad uscire nelle posizioni anteriori è la fontanella posteriore. Uscita questa, la nuca la segue in parte almeno. Se non succedesse così, non si potrebbero evitare le lacerazioni. Perchè uscendo il culmine occipitale i diametri sottooccipitali che si misurano, anzi le distanze tra la nuca ed i vari punti che vengono in basso a scivolare sul bordo perineale, hanno diametri minori che possono sino ad un certo punto porsi in relazione con quelli d'uscita.

Ma non si abbisogna solo longitudinalmente dello spazio. Il vertice alla parte sua superiore rappresenta una mezza sfera che ha diametri laterali e circonferenze proprie. Ora se dalle misure prese sulla forma irregolarmente geometrica, che sta tra una mezza sfera in basso ed un ovale in alto, rappresentata nel momento dell'espulsione del capo dai bordi esterni della vulva, noi vogliamo dedurre e calcolare la circonferenza di questi bordi che si aprono per lasciarlo passare e ne prendono in parte la figura, avremo che questa misura solo 25 a 27 centimetri. Circonferenza che è minore della occipito-frontale, ed occipito-bregmatica.

Se fossero queste varie parti che venissero tra di loro a misurarsi, vi sarebbe troppa sproporzione e difficilmente si potrebbe spiegare l'uscita della testa per uno spazio così angusto senza romperlo. Il che dimostra che è un segmento cefalico minore quello che nei vari momenti dell'estrazione viene a porsi in relazione.

Lo spazio longitudinalmente, pei diametri sott' occipitali si trova. Ma è ai lati che maggiormente stupisce il vederne l'uscita senza lesione. Ripetutamente misurai il massimo diametro trasversale vulvare nel momento ultimo della deflessione, massimo diametro che trovasi in basso ai punti più distanti della semisfera formata dai tessuti vulvo-perineali. Esso misurava appena da 6 a 8 centimetri. In alto si ha meno. Ora come spiegarsi il passaggio del diametro biparietale che varia da 89 a 92?

Qui la sproporzione esiste. Non esternamente perocchè il tessuto cellulo-adiposo delle grandi labbra non oppone grande resistenza. Ma se si tasta internamente la parte, come osservò l'Olshausen, troviamo ad 1 centm. o due dal bordo libero un cingolo resistente che trattiene il cranio fetale, cingolo formato dalla mucosa, e dalle sottostanti fibre muscolari del constrictor cunni. Per cui non sono le parti superiori che, come già dissi, sopportano il maggior grado di pressione, ma bensì le inferiori: il bordo vulvo-perineale.

Per cui sul principio pare un po' strano il trovar così raramente lacerati i lati della vulva in basso. Ma per poco si ponga mente alla natura dei tessuti, tosto si comprenderà il giusto motivo. I tessuti vulvo-perineali laterali per la loro struttura anatomica resistono rafforzati come sono dai piani sottostanti muscolari, piani fibrosi e muscolari che s' uniscono sulla linea mediana ove formano il rafe. Questo non ha più la resistenza dei tessuti vicini ed è quello su cui convergono le forze comprimenti che non trovano ai lati uno sfogo. Infatti se si tira su un abito la di cui cucitura sia in mezzo, facendo presa sui lati, non saranno questi che cederanno, ma il punto mediano ove s'accumula la potenza e minore si è la resistenza. Il medesimo succede pel rafe. Se i punti laterali cedono il rafe si salva, come molto bene dimostra l'osservazione che qui riporto dalle cartelle cliniche della Scuola Ostetrica di Torino; in caso contrario, come il più sovente succede, è il punto mediano che si lacera.

Osservazione di lacerazioni vulvari laterali. — Anno 1878, N.º Parti 148. Donna pluripara. Forchetta intatta. Costituzione robusta. Abito muscolare sviluppato. Durata del periodo di dilatazione del collo uterino nel soprapparto: ore 20,50 min. 1′; del periodo espulsivo ore 2. Contrazioni vigorose. Perineo mediano resistente, spesso, si lascia distendere proporzionatamente. Durante una vigorosa contrazione la testa deflettendosi rapidamente esce; feto pesa 2776 g. ed è sano. Diam. O M. Misura 132; ocp. fron. 113; Bip. anat. 91. Dopo il parto si osservano ad ambo i lati della vulva in basso a 4 cent. dalla linea mediana 2 piccole lacerazioni da cui geme sangue. La forchetta vulvo-perineale è intatta. Pochi giorni dopo le due piccole lacerazioni sono completamente rimarginate e la donna esce di clinica col perineo intatto.

Riepilogando, per le posizioni anteriori longitudinalmente lo spazio si trova ed esiste pel graduato misurarsi della testa e pel sostituirsi dei diametri e delle circonferenze sotto occipitali alle occipitali dirette. Dove la resistenza è forse maggiore è ai lati in basso; ma sgusciando la testa, ponendosi per isghembo nell'uscita con moti semilaterali a questo pure riesce, purchè si abbia il massimo di distensione. Il pericolo della lacerazione ai lati è minore per la maggior resistenza ed elasticità dei tessuti propri, mentre a cooperare ed a spiegare il meccanismo delle lacerazioni della forchetta, sta benissimo la sua costruzione anatomica e la poca resistenza. Veniamo ora alle posizioni posteriori.

È facile comprendere come le condizioni favorevoli delle posizioni anteriori in questi casi più non esistano in ugual grado pei tessuti materni. E per due ragioni ugualmente importanti. La parte più voluminosa del capo a rotazione sacrale dell'occipite, poggia completamente sul perineo che tenta di stendere più o meno, e ben poco gode dello spazio aperto della vulva. Quindi a spese del perineo si deve fare una distensione maggiore, come sul bordo suo libero vi ha aumento di compressione, sia lateralmente come sulla linea mediana. In queste

posizioni il rapporto successivo di diametri favorevoli sta solo sino ad un certo punto; e nell' estendersi la testa non può più porre in relazione della fenditura vulvare circonferenze e diametri sott' occipitali, non permettendolo la direzione del capo. Quindi l'elemento direzione giova sfavorevolmente. Così pure il tempo.

Ben si capisce come nei casi di rotazione dell' occipite al sacro, a distendere necessariamente il perineo per alloggiarvi il capo si deve impiegare un tempo maggiore di quello delle anteriori. Per cui facilmente la forza uterina stanca cade in inerzia, per poco oppongano resistenza i tessuti sottostanti specialmente delle primipare, che rigidi mal si possono adattare a formare una così ampia saccoccia.

Ora il moto d'estensione rimane in questo modo interrotto, e due cause entrano in scena per rendere problematica la conservazione del perineo. Prima l' inerzia da cui è colpito l'utero facilmente, perchè spossato dal troppo lavoro; quindi di necessità compressione prolungata dell' estremità cefalica sui tessuti sottostanti, e consecutivi disordini circolatori e nutritizii. Secondariamente l'intervento molte volte necessario dell'arte, una volta su quattro; intervento che, come già notai, nelle posizioni occipo-posteriori ben difficilmente può riuscire di salvaguardia al perineo per l'aumento di compressione portato sui tessuti; ma pur necessario preoccupandoci in quei momenti di questioni più importanti, qual'è la vita del feto e la salute generale della madre.

Ove poi si voglia spiegare col Tarnier il meccanismo del 4.° tempo col porlo in parte pure a carico del potere retrattile del perineo, azione che si paragonerebbe a quella d'una benda elastica su d'un corpo solido, in cui la benda per enucleare il corpo si ritraesse circolarmente, più difficile riuscirebbe se così succedesse la conservazione della forchetta perineale.

Infatti se il capo sotto la forza elastica del perineo fosse spinto contro la sinfisi pubica, mentre dall'altra parte in basso rapidamente scorre sulla doccia perineale che ritraendosi verso il

suo naturale punto d'inserzione, il coccige, lascia allo scoperto le varie parti del sincipite e della faccia, nelle posizioni posteriori dovrebbe essere tanto il potere retrattile per sprigionare il capo da rendere ipotetiche le lacerazioni del perineo, che poi d'ordinario succedono per manco di questa proprietà non lasciandosi cioè esse distendere sufficientemente.

Il ritornare della fibra poi al suo primo stato e le conseguenze che ne verrebbero pel moto di distensione non mi pajono troppo chiare. Sinchè la causa che ha prodotta la dilatazione del tessuto continua, questo tende benissimo per legge fisiologica a ritrarsi, ma non ci riesce nel sopraparto per l'ostacolo che trova nella testa fetale. Questa spiegazione del moto di deflessione si presterebbe a far stupire come le lacerazioni non succedano sempre e necessariamente, per la più grande forza di contrazione che dovrebbe subire la fibra uterina, e pell'attrito sui varii punti fatta dal corpo contenuto.

Come inoltre si spiegherebbero i risultati del metodo d'Hol, e degli altri in genere che agiscono direttamente sul capo per defletterlo e protegger il perineo? E nei casi in cui per pregresse lacerazioni il perineo manca, come si spiega la deflessione? Porre a legge generale un fatto speciale è, a parer mio, un po' ardito. Il voler come costante un fatto che se succede, succede raramente, nol comprendo.

Comunque sia nelle posizioni posteriori ed in genere nelle presentazioni cefaliche in cui l'occipite viene a porsi a contatto del perineo, i pericoli di lacerazioni estese aumentano. Anche qui è in basso ed ai lati che manca lo spazio ed è maggiore la pressione. E crearne uno artificiale o diminuirne gli effetti di compressione è, come vedremo, cosa naturale. Poche linee d'incisione servono, in tai casi, a salvare dei centimetri di tessuto. La resistenza maggiore e l'ostacolo non s'incontra dall'esterno verso l'interno, ma bensì al contrario. E questo dev'essere impresso nella mente di colui che vuole, sbrigliando, opporsi alle lacerazioni vaste. In tai frangenti ed ove si ricorra alle incisioni, è in basso ai lati che vanno fatte dall'interno

verso l'esterno; in questo modo si acquista un breve spazio su cui tosto scivolando la testa è rapidamente espulsa se noi non ci opponiamo. Agendo in questo modo l'Ostetrico non seguita che la via indicatagli dalla natura per salvare il rafe, che meglio si presta ad estese lesioni.

La profilassi del perineo che dallo studio del meccanismo con cui succedono diventa per ognuno un dovere, è specialmente diretta ad evitare le conseguenze delle ampie spaccature.

Se la semplice rottura del frenulo non ha molta importanza, se le lesioni di 1.° e 2.° grado non possono avere serie conseguenze sulla salute futura della donna, non così deve dirsi di quelle di 3.° grado. Bisogna premettere che in fatto di lacerazioni si sa dove s'incomincia, ma non si conosce il punto ove si termina. Una lesione del rafe succedendo dall'interno verso l'esterno può prendere improvvisamente, senza che ce ne accorgiamo, proporzioni estese. Quindi è nostro dovere l'evitare di porsi su d'una via così sdrucciola e sceglierne una più sicura. La testa scorrendo e passando, tende a far diventar molto quel poco di prima. E le lacerazioni di 1.° e 2.° grado, anche cogli organi vicini illesi, non sono da trascurarsi.

Molti nojosi prolassi della parete posteriore ed anteriore della vagina, ed in conseguenza in basso del retto, in alto del collo dell'utero, ne sono necessaria conseguenza; di qui certi disordini intestinali, pruriti vulvo-vaginali, leucorree interminabili, prolassi uterini, catarri e metriti del collo colla successiva sterilità, che ne sono conseguenze dirette e frequenti. I parti successivi rapidi, improvvisi, riescono le indirette.

Non spendo parole per dimostrare i guai ed i mali gravi che derivano da una lesione vagino-rettale, da una comunicazione anormale tra questi canali, da una semplice rottura dello sfintere, allorchè sono trascurate. È la vita resa il più tristamente odiosa che fa maledire alla donna la maternità sua.

Per fortuna della migliorata istruzione questi mali vanno man mano diminuendo. Meno frequenti si fanno pel fatto del parto le ampie comunicazioni tra' tessuti di natura riuniti.

Così la rottura centrale del perineo che conduce seco pel suo meccanismo con cui si forma le più profonde ed importanti lesioni, è ai nostri dì rarissima. Neppure un caso ne trovai nei registri della Clinica Ostetrica. Pochi sono quelli riportati dagli Autori recenti. Al Tibone, da me consultato in proposito, nella sua non breve ed estesissima pratica ostetrica, venne a conoscenza appena un caso, successo nell'abituro d'un villaggio e causato precisamente da manco di veruna assistenza ostetrica.

Le lacerazioni della forchetta sono frequenti e taluno vorrebbe perfino inevitabili. Cosa che credo non vera; facile essendo coi migliorati metodi ora in uso nelle cliniche per la profilassi perineale, il non vederne. Per le altre variano i pareri statistici. Credo abbia ragione l'Olshausen a dubitare dei dati di Ritgen ed alcuni pochi che giammai videro lacerazioni perineali nelle loro sale, e di quelli dell'Hecher, che ne assegna il numero procentuario solo al 3 %.

I dati da me raccolti in genere sulle varie lacerazioni successe in Clinica concordano perfettamente con quelle pubblicate dall'Olshausen, dallo Schroder, dal Braun ed in genere dagli Ostetrici, ottenendosi una media generale del 21, 33 %; di cui naturalmente la maggior parte successero in primipare e furono di primo grado; vedremo studiando i varii metodi che si propongono per tutelare i tessuti da questo accidente, che questa media generale presa in complesso negli anni anteriori su d'un grande numero di parti, si riduce a ben poca cosa al giorno d'oggi.

Per evitare alla donna i danni vicini o lontani che le verrebbero da un perineo più o meno diviso fa duopo che l'Ostetrico si convinca della necessità del suo intervento.

Due sono le vie che ha innanzi per raggiungere lo scopo. Cercare di prevenirle o ripararle, e chiuderle se sono successe. Ad amendue può giungere in modo abbastanza completo; nel primo caso coi varii metodi che una razionale profilassi ci consiglia, nel secondo coi mezzi chirurgici raccomandati. Da

ciò si vede che varia il modo di comportarsi dell'Ostetrico a seconda dei momenti.

Numerosi furono e sono i consigli e le manualità che vediamo consigliate per prevenire le divisioni anormali vulvo-perineali. Di questi mezzi alcuni vanno solo più accennati per debito di cronista; altri debbono lasciarsi perchè complicati; i migliori poi ed i più recenti, fondandosi sull'osservazione razionale della natura, e più semplici si fanno in modo particolare raccomandare.

La profilassi suggerisce atti preparatorii indiretti, e manualità dirette.

Ricordando essere in modo speciale la forza d'impulso uterina che distruggendo l'elemento tempo così necessario, spinge attraverso i tessuti non preparati la testa fetale, noi cercheremo di temporeggiare. Raccomanderemo cioè alla donna di non ponzare eccessivamente, di trattenersi, memori che allorchè la testa poggia sul perineo ed è fuori del cavo uterino, a spingerla entra in scena la forza volontaria contrattile dei muscoli ausiliarii addominali. Forza che sino ad un certo punto si può moderare, per cui vi fu chi consigliò persino l'anestesia completa; e la semi-anestesia dal Campbel, ai di cui effetti sulle facoltà nervose pochi ci credono.

Vi ha in secondo luogo, la posizione da darsi alla donna durante il periodo espulsivo che la profilassi deve studiare in relazione delle probabili lacerazioni perineali.

Tre sono le posizioni indicate e raccomandate dalla generalità degli Ostetrici. La dorsale, la laterale e la prona. Le due prime si dividono il favore generale, mentre l'ultima per le ragioni che esporrò è lasciata forse in una ingiusta dimenticanza.

Presso noi, i Francesi e parte dei Tedeschi, la donna partorisce in posizione dorsale, posta in modo che la direzione dell'utero collimi colla direzione della linea assile vulvare che la testa deve percorrere per uscire. I vantaggi di questa sono reali, vuoi riguardo alle operazioni da eseguirsi, come pure per tutte quelle piccole cure di cui bisogna circondare la donna in

questi frangenti. Non è mio scopo il rompere in questo momento una lancia in favore di questo modo di sgravio, mezzo a cui Inglesi ed Americani e parte dei Tedeschi rimproverano di favorire precisamente le lacerazioni perineali.

Ed in parte l'obbiezione sta. Infatti nel decubito dorsale la direzione delle forze, dell'asse d'uscita vulvare, ed il peso stesso della parte fetale, fanno sì, come già dissi, che il maggior attrito graviti sul bordo libero perineale, e quindi predisponga alle lacerazioni periferiche non solo, ma pure per le medesime considerazioni alle rotture centrali del perineo.

La logica sarebbe per loro. Veniamo ora a vedere se i risultati della modificazione da loro proposta a scopo d'evitare il guajo metta la donna al riparo, e se le lacerazioni colla posizione da loro consigliata diminuiscano in frequenza.

Se dallo studio di un grande numero di parti cefalici eutocici noi abbiamo potuto stabilire che coi varii metodi di profilassi impiegati nella posizione sul dorso,si ha solo il 21, 33 $^0/_0$ di lacerazioni, e che le semplici abrasioni della forchetta arrivano, secondo lo Schroder, in questa posizione al 61 $^0/_0$, cifra che ritengo troppo alta, non più felici sarebbero i risultati numerici ottenuti dalle statistiche dei parti successi in eguali condizioni favorevoli, in posizione laterale sinistra.

Infatti in ogni trattato ostetrico dei partigiani di questo modo di partorire si tratta ampiamente la questione delle lacerazioni, e Fordice Barcher avrebbe trovato nelle primipare il $^{100}/_{100}$ di lacerazione della forchetta, avendola constatata 60 volte su 60 parti.

Se noi partiamo poi dall'idea che il rafe si rompa perchè punto di minor resistenza della semisfera inferiore vulvo-perineale compressa, troviamo che nella posizione laterale questa compressione esiste in modo analogo. Anzi chi favorisce l'estensione della testa ed il dilatarsi del perineo ed abbrevia il tempo è il regolare combaciarsi della sfera cefalica coi tessuti sottostanti. In modo che la pressione uniforme nei varii punti regolarmente produce la distensione nelle varie sezioni della su-

perficie compressa. Cosa che non più così uniformemente succede nella posizione laterale su cui la testa poggiando specialmente su d'un lato non produrrà la graduata distensione dall'altra parte, ed a concorrere a formare lo spazio necessario, la parte non direttamente compressa, quella che sta sopra, deve impiegare maggior tempo — mentre la compressione gravita maggiormente sulla parete sottostante.

Per cui la posizione laterale non evitando la pressione in basso sul perineo del segmento cefalico, non favorendo una dilatazione graduata ed uniforme del perineo, rende ipotetica la minor compressione sui tessuti ed in ispecie sulla forchetta e riesce quindi un po' illusorio il beneficio che al perineo ne verrebbe secondo i suoi fautori. E che così sia ce lo dimostra non solo il ragionamento, ma pure il fatto clinico. Infatti il Charpentier che studiò la questione, e volle constatare *de visu* nelle cliniche ove il parto succede in posizione laterale i proclamati vantaggi, fu dalla osservazione spinto a non solo riconoscere peggiore per questo riguardo la posizione sul lato a quella sul dorso, ma andando più in là dichiara succedere più frequenti e più vaste le lacerazioni perineali nel primo caso. Cosa che egli pone a carico della difficoltà che s'incontra a sostenere in questa posizione svantaggiosa il perineo per bene. Non nego che in certi casi la posizione laterale dia migliori risultati che non quella sul dorso, casi che non è ora il momento di citare, ma nei fatti di lacerazioni perineali ritengo analoghi i vantaggi e i difetti dell'una e dell'altra.

Lo Schroder dall'osservare che sulle donne sgravantisi in posizione prona, perchè prese all'improvviso dai dolori espulsivi, naturalmente aggruppandosi e chinandosi a terra tentarono di sostenersi sul pavimento colle mani, le lacerazioni perineali non succedevano, ne deduce che per evitare simile guajo, il parto *more quadrupedum* sarebbe il migliore. Riporta a questo scopo una statistica di Alt raccolta nella Clinica di Berlino, in cui nelle donne che partorirono in questo modo s'ebbero solo il 35 % di lacerazioni, ed il 50 % il frenulo rimase intatto.

Prima di lui già gli ostetrici avevano ventilata la questione. Anzi fondandosi sugli studii dell'Ostetricia Veterinaria vi era chi aveva preconizzato come unico modo per evitare sì questa come pure molte altre noje, il parto in posizione prona sui gomiti e ginocchi.

Premetterò che nei varii libri d'Ostetricia Veterinaria da me consultati per trovar la ragione di questo entusiamo, ragione che ben si comprende pel fatto della direzione e della minor pressione dei tessuti, nulla trovai che autorizzasse questo favorevole modo di vedere. Bisognerebbe in altre parole che il parto succedesse sempre senza lesioni perineali, e che nello sgravio naturale eutocico sconosciuta fosse la lacerazione perineale. Cosa che non è, stante che nei varii trattati trovai ognora indicata questa complicazione. Di cui pure se ne fanno varii gradi, ed è agitata quindi la questione del trattamento. È un fatto però che in certe classi d'animali per la direzione dell'asse d'uscita vulvare, essendo minori gli attriti, insignificanti riescono le lesioni di questo genere. Ma l'asse vulvare femminile nella nostra razza non si avvicina a questi. Come pure m'accorsi che la vantata cura delle lacerazioni, fistole e traumi perineali colla semplice posizione naturale nella zoojatria non ci si dà molta importanza stante che vidi descritti apparecchi speciali e mezzi chirurgici per assicurarsi dell'immobilità necessaria all'adesione.

È però certo che nel parto in posizione prona le estese lacerazioni possono meglio essere evitate. Si può meglio sostenere il capo, trattenerlo, impedirne l'uscita durante la contrazione. Si evitano in parte le esagerate e lunghe pressioni sui piani perineali, sulle parti libere della forchetta meno resistente, per cui nella posizione occipito-posteriore deve dare reali vantaggi sugli altri metodi. La pressione non si fa più per la maggior parte a spese delle parti declivi vulvari, ma pure sui lati ed in alto. Ritengo che il parto in posizione prona nelle rotazioni sacrali dell'occipite e nelle pres. di faccia non sia abbastanza studiato, e son quasi certo per le condizioni surriferite che si

scanserebbero in parte i pericoli delle lacerazioni perineali. Più facile e più sicura riuscirebbe nelle posizioni anteriori la manovra dell'Hol, cui nella posizione stessa già tende a portarsi naturalmente il capo, e quindi più facile sarebbe il far misurare diametri minori cefalici coi minori dell'apertura vulvare.

Le applicazioni di forcipe per salvare il perineo o per inerzia nelle posizioni posteriori, fatte in questi casi, non condurrebbero a favorire anzi che impedire la lacerazione.

Per intromettere le cucchiaia ci sarebbero i lati; ma sarebbe nelle trazioni pel disimpegno, stante il poco spazio, che s'avrebbero le difficoltà. La nessuna esperienza che pel momento ho di simile pratica, mi vieta di innoltrarmi in una discussione che può riuscire spinosa.

Non del tutto però convinto della eccellenza della posizione prona sulle altre, ammettendo che a farla accettare nella pratica ostetrica si riuscirà ben difficilmente per una naturale ripugnanza che inspira e per l'incomodo che la circonda, poco persuaso nella maggioranza dei casi della supremazia del parto laterale sul dorsale, io continuo a tenermi a questo ultimo che presenta, nonostante qualche difetto, molti vantaggi.

I consigli, la posizione non sono sufficienti per proteggere il perineo: altri mezzi ci occorrono. Tre sono i principali ed odiernamente nelle cliniche e nella pratica i più usati. Del metodo del Ritgen, snocciolamento del capo col dito che esternamente decorra dal coccige sulla parte mediana verso la forchetta, onde ajutare, poggiando sulla mandibola inferiore e su essa premendo, la deflessione, riferisco solo per debito storico. Quello dell'Olshausen non garba molto nella pluralità dei casi alla partoriente. Dito nel retto e tentativi quindi di deflessione per questa via, spingendo, durante la pausa, il mento e la fronte in su in modo da produrre la deflessione. In qualche caso di inerzia, essendo sprovvisti di forcipe, credo lo si possa tentare, nonostante la ripugnanza e la poca sicurtà che presenta. Aggiungerò che la manovra è ajutata dalla mano esterna che tenta alla forchetta di afferrare il fronte e rialzarlo. Il dover togliere

durante la contrazione le mani dal retto e quindi riporle, il pericolo ove si esageri la pressione di lacerare il tramezzo e prendere il perineo già compresso in mezzo a due punti comprimenti, unito ai disturbi di sopra accennati, non me lo fanno molto raccomandare.

Rimangono ad esaminare il sostegno diretto colla mano del bordo perineale, l'evitare lo sgusciamento della testa durante la contrazione col metodo dell' Hol, e l' episiotomia. Vediamo brevemente il pro e contra di questi mezzi, tutti impiegati e raccomandati dagli ostetrici.

Il sostegno diretto del perineo colle dita poste al bordo libero è forse il primo a cui siasi rivolta la mente dell'ostetrico. Voi ben lo conoscete, per cui credo inutile il descriverlo. È suo scopo di rafforzare la resistenza del perineo con un punto d'appoggio largo e sicuro.

I risultati che se ne ripromettevano, furono dalla pratica dimostrati in parte illusori. Ed i perinei destinati a lacerarsi si lacerano per l'ordinario con o senza la mano protettrice al bordo. Ho detto e replicato, per cui credo inutile il ripeterlo, che il coefficiente maggiore della lacerazione è la rapida contrazione che spinge contro il perineo e l'apertura vulvare, non preparati a riceverla e non distesi, la testa. Gran parte delle lacerazioni succedono perchè una rapida e non avvisata contrazione caccia fuori dalle vie pelviche il duro cranio fetale. Si può evitare e regolare la contrazione colla mano stesa a ventaglio al perineo, e guadagnar tempo in favore della distensione perineale? Non lo credo. Colla mano si aumenta la tonicità dei tessuti? Si corregge il manco d'elasticità e la resistenza talora abnorme, elementi tutti efficienti delle lacerazioni? La mano applicata al piano inferiore solo in parte si oppone alla cacciata rapida della testa, cacciata a cui si può molte volte provvedere meglio col mezzo consigliato dall'Hol. Tolti questi reali vantaggi, od almeno in parte scemati, rimangono le magagne, quale quella indicata dal Depaul, di servir solo la mano posta in quel sito ed in quella posizione, a nascondere l'incominciata lacerazione;

e quindi nascondere in questi casi all'osservazione diretta dell'ostetrico le parti. Non parlo della difficoltà che talora s'incontra nel passare la mano sotto l'arto flesso materno ai lati per poggiarla sul perineo perchè facilmente vi si può riparare. Se però consultiamo il linguaggio delle cifre, sarebbe ingiustizia il negare gli utili ed il gridare all'ostracismo contro un vecchio servo fedele che del bene ne fece, stantechè, nonostante le imperfezioni sue, le lacerazioni negli scorsi anni nell' Istituto Torinese, ove era esclusivamente impiegato, arrivavano solo al 27,46 $^0/_0$.

È legge però del progresso di cercare e di applicare tosto il meglio quando lo si trova.

Dopo la comparsa della memoria dell' Olshausen nel 1877, si lasciò nella clinica questo metodo per completamente quasi adottare quello che i Tedeschi attribuiscono pei primi al Ritgen ed Hol e che il Depaul rivendica in Francia per suo (Depaul, *Lecons de Clinique obstetricale*, redigée par le doct. Soyre). Questo metodo raccomandato oggi dalla maggioranza degli ostetrici per la semplicità sua e felici risultati, consiste nell'opporsi all'improvvisa cacciata del feto durante la contrazione, respingendo durante questa, direttamente verso l'interno la parte fetale che si presenta; mentre nel periodo di calma si cerca di enuclearla e di favorirne l'uscita tentando sostituire ai diametri occipitali maggiori i sott'occipitali minori.

Sia la madre in posizione dorsale o laterale: ponendosi ai lati si portano sul segmento cefalico il pollice verso la commessura superiore, il medio verso l'inferiore e la forchetta, mentre l'indice sta ai lati in modo da circoscrivere un triangolo. Queste tre dita nella profilassi perineale hanno ufficio isolato o complessivo a seconda l'effetto che si vuol ottenere. Tutti e tre si oppongono alla cacciata della testa, mentre i 2 superiori contemporaneamente spingono in basso l'occipite nei primi momenti, onde ottenerne l'uscita sino alla nuca quando la fronte poggia ancora sulla doccia perineale; e così al momento dell'uscita di questa parte, sarà il medio che sollevandola l' ajuterà a

ciò fare, cosa che riuscirà più facile e meno dannosa pei tessuti materni stante che la parte maggiore, l'occipite, è già fuori.

Dirò tosto che il primo scopo s'ottiene meglio del secondo. Ma il complesso però dà eccellenti risultati; e mentre, se dobbiamo giudicare dai risultati, col metodo antico nelle primipare si aveva il 19,31 % di lacerazione di 1.° grado, e l' 8,15 % di 2.°, con questo metodo le prime scesero all'11,85 %, le seconde al 3,25 %. Fortunatamente quelle di 3.° grado sono rare e quasi sempre dovute ad interventi ostetrici, od a voluminosi parti fetali.

È già un notevole passo per la profilassi perineale, ma non è ancor la completa protezione. Le pressioni sui lati neppure esse si evitano e delle lacerazioni ne succedono Se poi si tratta di perinei anormalmente resistenti, o troppo sottili od infiltrati in cui è l'elemento pressione che si deve evitare od è lo spazio che manca, noi non possiamo, col metodo di Hol, nè risparmiare le compressioni, nè crear lo spazio. Quindi affinchè in questi frangenti la natura non provveda nel modo che conosciamo, è meglio con maggior regolarità pensarci noi. Come pure col metodo di Hol non possiamo togliere l'ostacolo interno formato dalla rigidità della mucosa interna e fibre muscolari sottostanti, come succede molte volte, per cui è all'episiotomia che dobbiamo in tali casi rivolgerci.

Non è del giorno d'oggi questa semplice operazione. Il Michaelis già avea consigliato una breve incisione perineale onde opporsi alle maggiori che la testa uscendo poteva fare sul rafe. Il consiglio non fu seguito per tema che della piccola breccia, aperta dall' arte, la natura non approfittasse per procurarne una un po' più larga già trovando il punto aperto di partenza. Ritgen, Dubois, Birnabaun consigliarono le incisioni multiple sul bordo vulvo-perineale inferiore. Questo frastagliamento non trovò fortuna. Molte delle incisioni cadevano in alto su parti che non ne abbisognavano; inoltre, e pel numero grande di piccole cicatrici, e per la superficie più estesa gemente sangue, e per la difficoltà che talora s'incontra nella donna o ne' parenti

ad incidere quelle parti, fecero sì che la pratica non fu seguita. Dimostrato poi che con due si otteneva il medesimo felice risultato che con più, diventarono queste inutili.

Il metodo di proteggere il perineo praticando 2 piccole incisioni ai lati in basso verso la forchetta fu seguito da Chailly Honorè, Braun, Späeth, Scanzoni, Schultz, e raccomandato dallo Schroder ed è pur praticato colla maggioranza degli ostetrici dal Tibone, sia in clinica, come nel privato esercizio.

Questo metodo diede e dà tuttora eccellenti risultati nella Scuola d'Ostetricia Milanese, dove è specialmente meno in uso nelle applicazioni di forcipe nell'ultimo momento della deflessione del capo. Lo stesso dicasi per la Clinica di Napoli (Chiarleoni-Biennio clinico 1873-74 = Chiara, Comunicazione orale = Raffaele, Rendiconto triennale 75-76-77 della Clinica Ostetrica di Napoli).

Questo metodo, che da taluni vorrebbe limitarsi solo a casi singolari di anormali resistenze perineali o di tessuti infiltrati, sottili, lacerabilissimi, si può, a mio parere, adottare come regola generale nelle primipare, in associazione al metodo dell'Hol: potendosi coi due mezzi combinati rispondere benissimo ai dettami che la profilassi insegna e raccomanda. Infatti, mentre col primo si tolgono od almeno si diminuiscono le resistenze e si agevola di molto l'azione del secondo, con questo ultimo si guadagna tempo per la distensione, e si regolano i rapporti ultimi tra contenuto e contenente.

I rimproveri che qualcheduno fa alle incisioni vulvari non sono serii, mentre che il vantaggio è reale. Naturalmente conscii non trovarsi l'ostacolo all'esterno, ma un po' verso l'interno ad 1 cent. $^1/_2$ dal bordo libero, l'incisione dovrà portarsi laddove esiste l'ostacolo e praticarsi così dall'interno verso l'esterno: giusto è quindi il precetto dell'Olshausen. Ma il portare un gammautte nel momento della contrazione tra la testa che ne è quasi a mutuo contatto, e le pareti vaginali, poscia incidere solo la mucosa e risparmiare la cute del bordo vulvare, non è impresa poi così facile.

In questo modo il rimprovero che il Tarnier fa alle incisioni, cioè della lentezza nella cicatrice, della piccola superficie perchè il bordo inferiore dell' incisione tende per proprio peso a cadere ed a scostarsi dal superiore, non avrebbe più ragione di esistere. Dirò tosto che le numerose volte in cui praticai questo metodo, sempre seguii il metodo generale, facendo le incisioni colle forbici curve, e comprendendo pure nel taglio la pelle. L'operazione riesce così semplicissima e dotata della prontezza necessaria in quei momenti. Or bene, giammai vidi quelle piaghe dall' ostetrico francese indicate, e la cicatrizzazione delle piccole incisioni al 5.°, 6.° giorno fu sempre completa.

Se l'incisione è limitata, come deve essere, si può benissimo incidere pure la cute, senza tema di guajo veruno, nè presente, nè futuro. All' altro appunto poi del Tarnier, cioè talora non evitarsi in questo modo le lacerazioni perineali e quindi avere tre piaghe, tre soluzioni invece d'una, osserverò che ai pochi casi in cui ciò è successo posso contrapporre i moltissimi in cui due piccole incisioni salvarono il perineo da ben più estese soluzioni di continuo.

Inoltre, ciò ch' io raccomando e che spero in seguito adottato da tutti, non è un metodo solo e nuovo. Io non invento; faccio e pubblico solo studi comparativi. Per me è dall'unione di due processi che si ottengono ed otterranno per certo risultati sinora inattesi: in modo che se col processo di Hol nelle primipare s'ottenne in clinica solo più l'11 % di lacerazioni di 1.° grado ed il 3,25 % di secondo, e 2 volte appena si vide rompere il perineo in tutta la sua estensione, in amendue per cause inevitabili; col metodo combinato, ne son testimoni i frequentatori della clinica ostetrica di Torino, giammai più si osservò lacerazione nè lesione veruna del perineo. In modo che specialmente nella Sezione 3.ª, questa pratica generalizzata e dalle allieve stesse impiegata rese sconosciute persino le minime lesioni della forchetta.

Scelgo, tra le varie, un certo numero di osservazioni rac-

colte in ambo le sezioni, per maggiormente confermare questo mio scritto.

Osservazione I. — Anno 1877. N. Parti 121. — Primipara. Perineo resistente; periodo espulsivo che dura da un'ora; segmento cefalico che sporge in parte durante la contrazione; due piccole incisioni della lunghezza di cent. 2 ai lati; consecutivo sostegno e disimpegno del capo col metodo di Hol, nessuna lesione della forchetta.

Il feto vivo pesa 3200 grm., diam. occip. front. 125, bipariet. anat. 95, cicatrizzazione delle incisioni che distano nel perineo normale di 3 centim. dalla linea mediana, completa al 5.° giorno. (Era sul principio che si applicava in clinica il metodo di Hol e ch' io pensai ai vantaggi di combinarlo colle incisioni vulvari).

Osservazione 2. — Anno 1878. — Sezione Studenti N. Parti 8. — Primipara, periodo espulsivo che dura da $^1/_2$ ora. Donna robusta, in cui stante la vigorosa contrazione è difficile il trattenere il capo, segmento vulvo-perineale distesissimo e spesso, tessuti sviluppati, incisioni bilaterali, manovra dell'Hol, distinta si sentiva la resistenza dell'anello interno, leggera abrasione della forchetta al bordo superiore, feto sano che pesa 3450 gr. diam. occip. M. 134, occip. front. 122, bipariet. anat. 97, margini delle incisioni cicatrizzati al 5.° giorno.

Osservazione 3. — Anno 1878, N. Annuale 19. — Primipara, periodo espulsivo, $^1/_2$ ora, applicazione del forcipe inglese, su testa fissa alla parte superiore dello scavo, vizio pelvico di 1.° grado, bacino piatto C. V. 85, inerzia uterina completa, posiz. O. I. S. A. Nel disimpegno della testa dalle vie vulvari incisioni bilaterali, nessuna lesione della forchetta, feto vivo, pesa 3140, diam. occip. ment. 135, occip. front. 115, bipariet. anat. 95. Qui alla manovra dell'Hol si sostituì la protezione del perineo col forcipe, opponendosi con questo all'uscita rapida ed estraendolo durante la pausa. Al 7.° giorno cicatrizzazione completa.

Osservazione 4. — Anno 1879, N. parti 95. — Primipara, vizio pelvico di 1.° grado, periodo dilatante 25,40, periodo espul-

sivo, minuti 45. Perineo resistente, testa trattenuta internamente dall'anello vulvare distinto. Proemina per la parte sua superiore alle labbra vulvari, contrazioni energiche, incisioni bilaterali vulvari, metodo di Hol. Nessuna lacerazione, feto vivo che pesa 2950 gr. I diametri non li trovo registrati nella Cartella Clinica.

Osservazione 5. — Anno 1879, N. parti 91, Sezione 2.ª — Primipara — Periodo di dilatazione del collo 8, 15, di espulsione 0,30, perineo disteso dal capo che vi si appoggia, spasmo vulvare interno distinto, incisione bilaterale e consecutivo disimpegno colla manovra suindicata, nessuna lesione alla forchetta e bordi vulvo-perineali, feto sano, pesa 2770, diam. occip. front. 112, bipariet. anat. 90, rimarginazione al 4.º giorno delle incisioni.

Osservazione 6. — Anno 1879, N. dei Parti 62. — Un parto in clinica due anni prima in cui il perineo fu già salvato e protetto con due incisioni vulvari, periodo di dilatazione del collo uterino nel soprapparto in corso della durata di 45 ore e 45 minuti, periodo espulsivo che dura da $^3/_4$ d'ora, testa completamente incappuccinata dal perineo completamente disteso, forchetta intatta; si cercano invano le tracce delle incisioni antecedenti, la sfera occipito-bregmatica tenuta in parte ai lati dallo spasmo della mucosa vulvare e fibre muscolari, proemina durante la contrazione fuori pel suo volume. N. due incisioni colle forbici, disimpegno durante la pausa del capo favorendone il moto di estensione nell'uscita del capo, feto vivo, pesa 3030, diam. occip. ment. 135, id. front. 115, bipariet. anat. 95, forchetta intatta e pronta riunione nel puerperio delle incisioni.

Osservazione 7. — Fuori della clinica. — Signora S., primipara, assistita l'anno scorso dal prof. Tibone, e per qualche ora durante la forzata assenza del professore, da me nel periodo espulsivo, periodo dilatante 24 ore, espulsivo 3,30, testa voluminosa nello scavo e ben ossificata, spasmo vulvare, perineo distesissimo, fibra resistente; per evitare la lacerazione del passaggio, il professore pratica 2 piccole incisioni ed estrae il capo coi precetti dell'Hol, feto vivo, masch., pesa 4000, testa

sviluppatissima specialmente ai lati, forchetta perineale intatta. Nell'anno in corso, durante l'assenza del Tibone si pone di nuovo in soprapparto, periodo di dilatazione breve, durata 3 ore, periodo espulsivo 15 minuti, contrazioni energiche; m'oppongo al rapido passaggio colle precauzioni solite e ripeto l'episiotoma bilaterale, il feto è espulso vivo e sano. Non più del volume del primo, ma però a termine. La forchetta anche questa volta in un col perineo rimangono illesi.

Osservazione 8. — Anno 1879, Sezione 3.ª, N. dei parti 74. — Primipara, periodo espulsivo, durata ore 3, distensione perineale notevole, incisioni bilaterali vulvari, enucleazione col metodo di Hol, feto vivo che pesa gr. 3330, diam. occip. ment. 130, occip. front. 125, bipariet. anat. 92. Al 7.° giorno le incisioni vulvari erano completamente cicatrizzate, giorno in cui si osservò la caduta delle piccole escare, forchetta perfettamente intatta.

Osservazione 9. — Anno 1879, N. dei parti 75, primipara, periodo di dilatazione 11 ore, periodo espulsivo 1,15, perineo sottile, fortemente disteso, compresso ai margini inferiormente; essendosi tralasciato il successivo impedimento alla rapida cacciata questa succede durante una forte contrazione e la forchetta si lacera. A tutto ciò si limita il guasto, espulsione d'un feto masch., diam. occip. front. 114; bipariet. anat. 90, all'8.° giorno si osservò la caduta delle piccole escare, incisioni completamente rimarginate.

Osservazione 10. — Primipara, N. dei parti 72 — Periodo espulsivo durata $^1/_3$ ora, distensione perineale, distinto l'ostacolo internamente formato dall'anello vulvare; per proteggere il perineo si fanno 2 incisioni vulvari in basso, enucleazione consecutiva col metodo d'Hol, feto vivo, pesa 3170, diam. occip. ment. 128, id. front. 110, bipariet. anat. 92. Nessuna lesione alla forchetta.

Ho scelto pensatamente tra le varie queste dieci in cui i diametri cefalici erano tutti superiori, od almeno in massima parte, ai medii che otteniamo dalle misure craniometriche prese in clinica. Se in tutti questi casi il risultato corrispose così bene, a priori dovrà riuscire nella maggioranza della pratica

in cui non s'incontrano teste così sviluppate. Posso conchiudere giustamente questi miei studii, sclamando che miglior giudice del fatto clinico non potevo in questo caso desiderare.

Ma, bisogna confessarlo, esistono perinei di cui già parlai, che nonostante le più minute e diligenti cure si rompono. Questi, secondo Pajot, sono fatalmente votati a lacerarsi e non v'ha forza nè potere umano che possa salvarli. Quale deve essere in questi casi la nostra linea di condotta? Cucire, cucire ed il più prontamente si possa, cucire. Più presto accorreremo e meglio sarà. Per cui nella busta ostetrica, un pezzo di filo preferibilmente d'argento o seta fenicata o catgut N. 2 in un con aghi di varii generi debbono ognora esserci.

Se la lacerazione è poca cosa, rottura della forchetta, lesione di 1.° grado, colla semplice posizione otteremo facilmente la cicatrizzazione per prima intenzione. Se cadiamo già in una lacerazione di 2.° grado, un punto o 2 di sutura intercisa sono così poca cosa che debbono renderci arditi e neppur far titubare a riparare questo guasto alla futura estetica della parte. Le lacerazioni di 2.° grado per l'estensione loro più lentamente cicatrizzano, e più facilmente nei movimenti che la donna eseguisce si osserva l'allontanamento dei bordi. Siccome l'ottenere l'immobilità completa necessaria è cosa difficile, è meglio assicurarsi con così semplice operazione. Se abbiamo poi da fare con lacerazioni di 3.° grado complete od incomplete, 3 punti ed anche 4 di sutura incavigliata risponderanno benissimo allo scopo.

La posizione laterale e la prona in questi casi sono le migliori. Le minutezze tutte da prendersi nel governo e pulizia della puerpera non sono mai troppe. Come il consiglio di non voler troppo presto andare a toccare in quelle parti sede di un lavorio nuovo di formazione vitale, è da seguirsi religiosamente.

Così si fa presso noi. Donne con perinei lacerati non ne escono. Successa la lacerazione dal 2.° grado in giù qualunque sia il momento, tosto si corre pronti al riparo e sempre con felice esito. Questi sono i dettami che i maestri direttori della clinica, il Giordano ed il Tibone ognora inculcarono ai loro nu-

merosi allievi. Sono dessi seguiti almeno dalla maggioranza se non da tutti? Speriamolo. Certo però che voi memori di queste poche cose disordinatamente espostevi, ogni volta che vi troverete in presenza di simili accidenti anche di notte allorchè il sonno starà per vincervi, ricordando che l'umanità impone specialmente al medico dei penosi doveri, volentieri sacrificherete una mezz'ora e porrete mano all'ago chirurgico per prontamente riparare al disordine anatomico successo.

LE ECCHIMOSI SOTTOPLEURALI E SOTTOPERICARDICHE

DEL FETO E DEL NEONATO

SOTTO IL PUNTO DI VISTA OSTETRICO E MEDICO-LEGALE

STUDIO

DEL

Dott. ALESSANDRO CUZZI

MEDICO 1.° ASSISTENTE NELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

(*Continuazione*).

La soverchia riduzione della superficie uterina in rapporto colla inserzione della placenta in seguito alla rottura precoce delle membrane e scolo abbondante di liquido amniotico, o per improvvida amministrazione di segale cornuta, dissimo essere capace di cagionare l'asfissia intrauterina. Siffatto stato di cose noi lo vedemmo verificarsi nelle *Osserv.* 2.ª e 6.ª

Altre volte invece è la lunghezza eccessiva del sopraparto quella che mette in pericolo il feto, come appunto avvenne nella *Osserv.* 7.ª

Nell'*Osserv.* 10.ª il bambino nasceva asfittico in presentazione podalica e moriva poco dopo la nascita. La soverchia riduzione dell'utero, e quindi del campo dell'ematosi placentare, spiega i fenomeni asfittici stati osservati.

In tutti i casi nei quali si produsse l'asfissia intrauterina noi abbiamo rilevato all'autopsia le macchie ecchimottiche sottopleurali, sottopericardiche, ecc.; in tutti s'incontra la intensa congestione polmonare ora diffusa a tutto l'organo, ora limitata

ai lobi inferiori e medio; in alcuni si videro anche le mucosità nelle vie aeree talora tinte di meconio, ed in qualcuno la cavità timpanica conteneva gli elementi del liquido amniotico. Adunque credo poter conchiudere che, data una causa di pronta o repentina asfissia intrauterina, il feto eseguirà precoci moti di respirazione, che avranno per effetto di determinare delle note anatomo-patologiche pressochè identiche in tutti i casi.

Per essere fedele all'argomento che mi occupa, io devo ritornare sulle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche, potendo il materiale clinico da me raccolto fornire altri utili ammaestramenti. La patogenesi delle macchie ecchimottiche, come venne finora considerata, riposa sulla teoria *ex vacuo*, sul vuoto pleurico. Altri fattori però ponno determinarle; così la *Osserv.* 8.ª dimostra come anche un grave traumatismo portato sul cervello del feto possa dar luogo alle ecchimosi sottopleurali. In questo caso difatti la testa del feto vivente venne afferrata e compressa dalle branche del forcipe da prima, e intaccata dal craniotomo più tardi. L'esame attento del sopraparto non ci permette di ammettere l'azione di cause asfittiche; necessariamente le ecchimosi constatate all'autopsia dovranno attribuirsi alle lesioni cerebrali inferte a corpo vivente.

Tuttavia, giova pur dirlo, non sempre le lesioni del sistema nervoso centrale sono generatrici di ecchimosi sottopleurali. Prova ne sia la *Osserv.* 18.ª nella quale il feto estratto col rivolgimento veniva alla luce, per difficoltà nel disimpegno della testa, coll'occipite distaccato dai parietali, con versamento sanguigno fra la teca ossea e le meningi, e col cuore ancora pulsante. Soccombeva poco dopo senza aver eseguito alcun atto respiratorio ed all'autopsia si notava mancanza assoluta di ecchimosi sotto la pleura e sotto il pericardio. Come pure l'*Osserv.* 14.ª, che si riferisce ad un bambino nato in istato di morte imminente per frattura della colonna vertebrale fra la 5.ª e 6.ª cervicale, con stravaso sanguigno tutto attorno alla pia meninge e lacerazione della dura madre, presenta un reperto

cadaverico, nel quale fanno completamente difetto le ecchimosi sottopleurali, la congestione polmonare, le mucosità nelle vie aeree, ecc.

Non è raro incontrare nell'autopsie di bambini nati vivi, e morti poche ore o pochi giorni dopo la nascita, le ecchimosi sottopleurali, sottopericardiche, ecc. Il feto durante il sopraparto, minacciato di asfissia, eseguisce moti respiratori precoci, ed è lì lì per soccombere, quando natura od arte ne scongiurano i danni, che pendono sul suo capo, con una pronta espulsione od estrazione. Egli nasce asfittico, viene rianimato, e soccombe poco dopo; all'autopsia è naturale che si incontrino i caratteri anatomo-patologici dell'asfissia intrauterina.

Talora però la causa che ha determinato l'asfissia e la produzione delle ecchimosi ci sfugge. Briand e Chaudè nel loro *Trattato di Medicina Legale* parlando su questo argomento dicono che le ecchimosi sottopleurali si incontrano anche nei bambini nati viventi, ma che hanno incompiutamente respirato. Quale fattore genetico delle ecchimosi portano innanzi la debolezza congenita, che *fa ostacolo* all'introduzione dell'aria; allo sforzo fatto per superare quest'ostacolo si devono attribuire le lesioni in discorso (1). Sarebbe facile spiegare con questo ragionamento la presenza delle ecchimosi nelle *Osserv.* 11.ª e 12.ª, nelle quali appunto nessuna causa di asfissia endouterina si è potuta osservare. Io però sarei poco inchinevole ad abbracciare questa spiegazione, prima di tutto perchè non saprei comprendere come la debolezza congenita possa creare un *ostacolo* capace di determinare il vuoto pleurico, e poi perchè pronunciata la formula *debolezza congenita,* si ammette anche debolezza respiratoria e cardiaca, che sono circostanze sfavorevoli alla produzione delle ecchimosi; quantunque si possa trovare un certo qual fondo di verità, nel fatto che la debolezza congenita si accompagna quasi sempre colla prematuranza, il che vuol dire a sua volta « calibro dei bronchi » poco pronunciato, e

(1) Briand et Chaudè, Manuel complet de Med. leg. — Paris 1863, p. 246.

quindi passaggio dell' aria difficile. Difatti senza andare altrove a cercare argomenti, la nostra *Osserv.* 13.ª che si riferisce ad un feto espulso vivo in seguito a parto prematuro nel principio dell' 8.º mese, e morto sette ore dopo la nascita senza presentare all' autopsia le ecchimosi sottopleuriche, potrebbe servirci per combattere il ragionamento di Briand e Chaudè.

Io ho avuto l'occasione di eseguire un' autopsia molto interessante. È quella dell'O*sserv.* 9.ª, in cui si trattava di un neonato morto dopo 43 ore di vita extrauterina, e nel quale si potè notare come i polmoni fossero stati completamente distesi dall'aria e chiazzati da numerose ecchimosi sottopleurali. Esistevano però nello stesso tempo focolai apoplettici in grembo al parenchima polmonare ed in altri visceri. Il reperto di questo caso da me riferito di già con minutezza (vedi storia relativa) credo avrà indotto nel lettore la convinzione, che nel bambino in discorso la genesi delle ecchimosi sottopleuriche, ecc., si dovesse ricercare in un processo infettivo dimostrato alla bara anatomica dalle numerose lesioni incontrate. Adunque riguardo alla patogenesi delle ecchimosi sottopleuriche e sottopericardiche ricordiamoci che qualche volta essa può risiedere in un processo infettivo determinante uno stato dissolutivo del sangue.

Pochi giorni or sono io ho avuto la fortuna di osservare un altro fatto interessante, che potrebbe fornire un'altra genesi delle ecchimosi sotto-pleurali e sotto-pericardiche. Il fatto al quale alludo è il seguente.

Sul principio di quest' anno venne esposto nell' Ospizio di S. Caterina il cadavere di un neonato, che, al dire di quelli che lo hanno portato, moriva durante il viaggio. Nella mia qualità di assistente al Comparto Esposti, diretto dall'egregio dott. Casati, eseguisco una diligente autopsia per poter giudicare della causa della morte. Tolgo dal registro *necroscopie* i dati più interessanti per il mio argomento.

Osservazione 20.ª *Comparto Esposti — Sala Balie dell' Ospizio di S. Caterina.*

N.° $\frac{134}{1879}$ cadavere di un neonato prematuro, peso grm. 2490, lung. 41 cent., Bp. 75, Bm. 65, Of. 100 Bis-acrom. 106, sterno dorsal. 66, dal vertice al bellico 20.

« Nessuna traccia di lesione violenta; tegumenti di colore normale; congesto il capillizio in corrispondenza del sincipite e specialmente verso l'angolo supero-posteriore del parietale sinistro; occhi con cornea leggermente intorbidata, con pupilla ampia; dall'orificio nasale geme un po' di muco trasparente come albume d'uovo ed aerato; nessuna macchia di putrefazione all'addome; tralcio ombelicale ancora aderente, allacciato, fresco, e con estremità libera a sezione netta, fatta da strumento tagliente, nella quale si vedono beanti gli orifici dei tre vasi ombelicali; grandi labbra discretamente sviluppate, non ricoprenti però le piccole; dall'orificio anale, comprimendo l'addome, fluisce meconio puro. Esportato il capillizio si può constatare l'integrità delle ossa della volta, che sono poco spesse; encefalo molliccio, vasi meningei e cerebrali distesi da sangue fluido, nerastro, nessun focolaio apoplettico. Labbra livide, cavità boccale non contenente alcun corpo estraneo, mucosa di colorito normale, un po' di muco filante, trasparente nel lume bronchiale, polmoni che lasciano allo scoperto la superficie anteriore del cuore, nessun versamento pleuritico o pericardico. Cuore normale, piccoli coaguli cruorosi nei ventricoli, apparecchio valvolare sano, membranella del foro di Botallo sufficiente, ecchimosi sottopericardiche parietali e viscerali. Polmoni notevolmente alterati per sifilide ereditaria: sono infiltrati da noduli più o meno duri, in numero da 12 a 15, qualcuno della grossezza di una noce, e che hanno l'aspetto di gomme sifilitiche. Tali gomme occupano pressochè i due terzi dell'intero tessuto polmonare, e nei loro dintorni il polmone è iperemico. Alcune sono completamente solide, le più grosse al centro sono convertite in una massa puriforme. Gli alveoli polmonari nei

punti non invasi dal processo morboso sono enfisematosi. I due polmoni in massa galleggiano; così pure le parti enfisematose tagliate a pezzetti, mentre le porzioni alterate precipitano al fondo. Si notano ecchimosi sotto-pleurali in discreta quantità. Fegato voluminoso, inspessimento della capsula glissoniana al centro della superficie convessa per l'estensione di un 2 centim. quadrati. Reni e milza normali, ventricolo contenente solo mucosità e punto sostanze alimentari. Ampolla rettale distesa da meconio. Nel resto nulla di notevole.

Credo che da questa autopsia si possano fare le seguenti deduzioni:

1.° Il feto nacque in presentazione di vertice, ed il parto dovette essere facile e senza accidenti di sorta.

2.° Appena venuto alla luce il bambino respirava, ma soccombeva poco tempo dopo la nascita.

3.° La causa della morte si deve riporre nelle lesioni polmonari sifilitiche. I polmoni difatti essendo invasi per la maggior parte della loro estensione dalle neoformazioni gommose, che ne riducevano notevolmente il campo respiratorio, non erano più sufficienti per una buona ematosi. Donde probabilissima la dispnea nei pochi momenti di vita extrauterina, sforzi di inspirazione profonda per *fame di aria* e dilatazione toracica esagerata; solo che il polmone, morbosamente alterato, non potendo seguire la parete toracica, dava origine al *vuoto pleurico,* che a sua volta era causa di enfisema nella porzione di tessuto polmonare sano e nello stesso tempo produceva aumento di tensione endovasale nella rete capillare sottopleurale e sottopericardica, rottura delle loro pareti, e successive ecchimosi sottosierose.

Da quanto precede adunque, dobbiamo conchiudere che a produrre le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche, ecc. possono concorrere diverse cause, fra loro molto differenti.

1.° *Uno stato dissolutivo del sangue per processo infettivo,* come è dimostrato dalla Osservazione N.° 9. Non mi soffermo maggiormente su questa patogenesi, perchè identica nel suo

modo di essere alle emorragie che si incontrano appunto nelle malattie infettive (vajuolo, ecc.).

2.° *Lesioni del sistema nervoso centrale*, che per mezzo dei nervi vaso-motori, ponno dar luogo ad accumulo e ristagno di sangue nei vasi, e consecutiva lacerazione delle loro pareti. Questa patogenesi nervosa sarebbe appoggiata alla *Osserv.* 8.ª più sopra pure riportata.

3.° *I precoci moti respiratori* determinando il voto pleurale congestionano la rete sottosierosa della cavità toracica, ed aumentando la tensione endovasale ne ponno produrre la rottura. È appunto la patogenesi *ex vacuo*, che trova appoggio in molte delle nostre osservazioni, e sulla quale abbiamo di già a lungo insistito. Ma nel produrre la rottura delle pareti vasali, oltre l'aumento di tensione endovasale prodotta dal *vuoto pleurico* dobbiamo aggiungere l'azione energica e convulsiva del cuore, che per un certo tempo spinge con maggior forza il sangue nei vasi in seguito all'eccitamento per accumulo di acido carbonico nel sangue. È bensì vero che Goodvyn affermava che negli appiccati la sospensione del circolo era dovuta al cuore che più non si contraeva su di un sangue privato di aria (1), ma è probabile che quanto l' autore inglese aveva osservato, si debba attribuire alla sincope, frequente negli appiccati. Ora noi abbiamo detto poco probabile la sincope nel feto, che all' opposto risentirebbe gli eccitamenti dovuti all' accumulo di acido carbonico, come d'altronde è lecito dedurlo dall'osservazione stetoscopica durante il travaglio, la quale c'insegna che: nel feto in pericolo di vita per asfissia, l'azione del cuore da prima è aumentata, il numero delle battute nell'unità di tempo accresciuta.

4.° *Le alterazioni del parenchima polmonare*, che diminuendo il campo respiratorio, e la elasticità dell' organo sono causa di dispnea, e di formazione di *vuoto pleurico*.

Qualcuna delle diverse teorie da me esposte sulla patogenesi

(1) Goodvyn, Ou the connection of Life vith Respiration. — London 1788.

delle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche trovano anche un appoggio sperimentale in un lavoro del dott. Legroux, il quale dopo di aver dimostrato la verità della *teoria ex vacuo*, dice che non si può applicare a tutti i casi, e che è giuoco forza ammettere anche la *teoria nervosa*. Così ad esempio, le ecchimosi sotto-pleurali constatate su cani, stati appiccati previa la puntura del 4.° ventricolo in corrispondenza del vago (il che dà luogo a paralisi respiratoria), non potrebbero essere spiegate colla teoria *ex vacuo*. Difatti per la paralisi respiratoria sono impediti gli sforzi violenti di respirazione che dovrebbero produrre il *vuoto pleurico*, e pur tuttavia le macchie ecchimottiche avvengono egualmente (1).

Non tutti i feti che soccombono ancora racchiusi nella cavità uterina presentano all'autopsia le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche. Sarebbe facile raccogliere in grande numero fatti di questo genere; io ne ho riferito due sole *Osservazioni* (N. 17.° e 18.°), nelle quali la morte dei feti avvenne per sifilide della madre.

Ma se è giusto il dire che non tutti i feti nati morti si presentano con ecchimosi sottopleuriche, ecc., sta anche il fatto che, in feti morti nel seno materno per *cause asfissianti*, talora all'autopsia non si incontrano le ecchimosi abituali da noi descritte. Per renderci ragione di ciò noi non dobbiamo dimenticare, che causa precipua delle ecchimosi sottosierose sono i precoci moti respiratori che il feto eseguisce nella cavità uterina; se i precoci moti respiratori non vengono in scena, non si incontreranno soventi le ecchimosi.

E ciò è quanto appunto si verifica in qualche caso non tanto raro. Perchè il feto racchiuso nell' utero dilati la sua cassa toracica, è necessario che il centro respiratorio *sia eccitabile*, e *venga eccitato*. Secondo Traube, l'eccitazione del centro respiratorio sarebbe dovuta all' acido carbonico, che in seguito all'interruzione dell'ematosi si accumula nel sangue (2). Stando

(1) Legroux, loc. cit.
(2) Med. Centralzeitunung, 1862.

a Schröder, i prodotti del ricambio materiale, incompletamente bruciati per la mancanza di ossigeno, eserciterebbero sulla midolla oblungata un' azione rapida ed intensa, quando ad un tratto la ematosi viene a sospendersi (1). Pratili e Luciani con recenti esperimenti appoggierebbero questo modo di vedere (2). Il dott. Tamassia, dice che l'eccitazione del centro respiratorio si deve ricercare nella mancanza di ossigeno e nell'accumulo dei materiali di riduzione gazosi e fissi nella massa sanguigna. Esprime questa opinione in un lavoro, dove crede, ma forse a torto, essere il primo che si occupi sotto il punto di vista sperimentale della morte nel vuoto (3). E dico forse a torto, perchè un altro autore, il Boyle, aveva già messo sotto la campana della macchina pneumatica piccoli cani, anitre, rane, vipere, pesci, molluschi, ecc. (4).

Il centro respiratorio eccitato entrerà in azione se conserva la sua eccitabilità normale. Se invece la eccitabilità è diminuita, saranno necessari stimoli molto più energici perchè si producano moti inspiratori. Nelle condizioni normali una causa che bruscamente impedisca, o diminuisca notevolmente lo scambio gazoso placentare eccita il centro respiratorio, che possiede appunto la sua eccitabilità normale, e si producono i precoci moti respirarori. Così opera, ad esempio, la procidenza del funicolo ombellicale, la retrazione energica e notevole dell'utero negli ultimi momenti del parto podalico, ecc. Se invece il disturbo dell' ematosi placentare da principio è leggero, l' eccitamento che si esercita sul centro respiratorio non basta a far contrarre i muscoli del respiro. Ma nello stesso tempo la eccitabilità del bulbo va diminuendo, ed allora una notevole diminuzione di ossigeno, un maggior accumulo di acido carbonico e di ma-

(1) Manuel d'accouchements, trad. Charpantier.

(2) Rivista Clinica di Bologna, 1874.

(3) Tamassia, La morte nel vuoto. — Rivista sperimentale di freniatria e Medicina legale. — 1878, fasc. 2.° e 3.°

(4) New pneumatical experiments about respiration, philosop. transact. — Abriged, tom. I, pag. 473 e seg.

teriali incompletamente bruciati nel sangue, non sono più sufficienti a ridestare l'azione del centro respiratorio che avrebbe agito se la sua eccitabilità fosse stata normale. E mentre da una parte la eccitabilità del midollo allungato va sempre più diminuendo, dall'altra le condizioni patologiche del sangue si fanno sempre più gravi, ed il feto muore, senza che siansi manifestati i precoci moti respiratori. In tal modo ponno avvenire le cose nei casi in cui il feto soccombe in seguito a travaglio lungo, con membrane rotte, e nei quali l'utero lentamente si retrae e si addossa al prodotto del concepimento. In queste contingenze non si deve essere sorpresi se i sintomi ed i caratteri anatomo-patologici dell'asfissia intrauterina fanno pienamente difetto.

Sento la necessità di riassumere qualcuna delle cose più importanti esposte nel corso di questa 2ª parte del lavoro per poterne meglio far rilevare il nesso logico e l'importanza pratica.

Diverse cause ponno dar morte al feto ancor racchiuso nella cavità uterina (asfissia, emorragie placentali, sifilide, ecc.); di tutte la più frequente è certamente l'asfissia.

L'asfissia endouterina può avvenire in modo lento e graduato, oppure bruscamente e repentinamente.

Nell'asfissia lenta, siccome l'eccitabilità del bulbo va a poco a poco diminuendo per estinguersi affatto, il centro respiratorio può restar inattivo durante tutta questa *lenta agonia* del feto; nell'asfissia acuta invece il centro respiratorio, che si trova in normali condizioni di eccitabilità, entra in azione perchè eccitato da una causa energica e potente da bel principio.

Ne viene quindi di necessaria conseguenza, che se l'asfissia endouterina si produce lentamente, il feto soccombe senza eseguire precoci moti respiratori; faranno perciò difetto alla bara anatomica le ecchimosi sottopleurali, sottopericardiche, ecc., la congestione polmonare, le mucosità nella bocca, retrofauci e vie aeree, la presenza del liquido amniotico nella cavità tim-

panica, ecc., cose tutte che sappiamo avvenire appunto in seguito alla respirazione prematura eseguita dal feto nelle vie genitali.

Nei casi di asfissia rapida, brusca, il feto prima della sua espulsione si darà a movimenti di respirazione precoce e convulsiva ed all'autopsia si troveranno quindi le lesioni anatomo-patologiche proprie della precoce respirazione fetale.

Da quanto abbiamo detto sappiamo come la respirazione prematura dia luogo:

1.° Alle ecchimosi sottopleurali, sottopericardiche, timiche.

2.° Alla irrorazione delle diramazioni dell'arteria polmonare, ed alla congestione del polmone più o meno accentuata e più o meno estesa.

3.° Alla penetrazione di lembi e frustoli di membrane, di mucosità, di liquido amniotico, soventi tinte di meconio, nella bocca, retrofauci e vie aeree.

Eccezionalmente per i precoci moti respiratori eseguiti dal feto si ponno trovare gli alveoli polmonari distesi da aria; spiega questo fatto l'ammettere la penetrazione dell'aria nella cavità uterina assieme alla mano od agli strumenti introdotti nel canale genitale a scopo terapeutico. Ma pare problematica la possibilità di questa penetrazione per diminuita pressione endoaddominale allorquando l'utero contiene ancora il prodotto del concepimento.

Movimenti espiratori convulsivi ponno far imboccare l'orificio faringeo della tuba d'Eustachio al liquido amniotico, talora tinto di meconio, che in tal modo può giungere fino nella cavità timpanica.

Il feto che soffrendo di asfissia endouterina si dà a moti di respirazione prematura non è fatalmente votato a morte, perchè può essere estratto od espulso dalle vie genitali prima di soccombere, oppure può essere tolta per opera della natura o dell'Ostetrico la causa determinante l'asfissia ed allora tutto rientra nell'ordine fisiologico.

Le sostanze estranee, liquide o solide, nelle quali viene

sommerso o seppellito il cadavere di un neonato, non ponno giungere nelle vie aeree, se la morte data solo da quattro giorni. La loro presenza nella trachea indicherebbe quindi che la sommersione od il seppellimento venne eseguito durante la vita.

Nei casi felici le lesioni anatomo-patologiche rilevate all'autopsia ponno essere criterio sufficiente per permetterci di giudicare quale fu la causa della morte del feto nella cavità uterina, se cioè l'asfissia rapida o lenta, l'emorragia fetale, la sifilide.

(Continua).

Istituto Ostetrico di Torino

INFLUENZA DELLA GRAVIDANZA SULL'ORGANO DEL RESPIRO

IN CONDIZIONI FISIOLOGICHE E PATOLOGICHE

STUDIATA SPERIMENTALMENTE E CLINICAMENTE

DAL

DOTT. LIBERO BERGESIO

Medico primo Assistente

(*Continuazione*).

Si ricordi il pratico che la malattia procede ad accessi subentranti; che gli accessi venturi trovano create condizioni tali per cui molte volte non fanno più che l'effetto dell'ultima goccia d'acqua per fare versare il secchio. Per poco che numerosi sieno stati gli accessi ed un po' gravi, vasti gli edemi esterni, ricche le urine d'albumina, è meglio il decidersi e sciogliere il problema. Più sarà avanzata la gravidanza, minori debbono essere le nostre reticenze. Tolta la complicazione uterina, sostenendo le forze, la cura medica più speditamente e con maggiore efficacia riesce. L'esito favorevole, in questi casi quasi certo, fa sì che il Tibone, come già scrissi, non si perita di consigliare ai numerosi allievi la provocazione del parto prematuro nei casi di grave edema polmonare, consiglio che so essere da molti seguito.

Osservazioni cliniche di edemi polmonari raccolte nella Clinica Ostetrica di Torino. — Anni 1877-78-79. — Queste osservazioni vertono su fatti clinici raccolti dai registri dell'anno 1874 da novembre sino a tutt'oggi.

Si presentarono molti casi di edemi polmonari gravidici, ma alcuni, stante la cura intrapresa sin dalle prime manifestazioni, tosto si dissiparono per cui la gravidanza potè continuare. Scopo della terapeutica che si adopera nell'Istituto di Torino è di sottrarre in breve dall' organismo una quantità di siero sanguigno e quindi togliere o diminuire la causa che, stravasando, produrrebbe i fenomeni di compressione nel parenchima dei visceri principali dell'organismo. Un esame diligente fatto giorno per giorno degli organi che maggiormente soffrono per questa attitudine speciale del sangue, ci pone in grado di dirigerne convenientemente la cura. Così i centri nervosi sono in parte esaminati collo studio delle variazioni nei principali organi di senso: — ambliopia amaurotica, stato della pupilla per l'occhio; suoni anormali e sordità per l' udito; cefalea, insonnia per le parti centrali nervose; disordini nei movimenti delle estremità, per la vita di relazione.

Allo stato del polmone, coi mezzi fisici odierni facilmente si può badare, in un coll' osservazione dei sintomi generali. Al rene si osserva la funzione mediante accurate analisi giornaliere, per scoprire se nelle urine vi ha albumina, di cui si osserva pure la quantità giornaliera, mentre in recipienti graduati si misura la quantità media dell'urina emessa nelle 24 ore. Quando qualcheduno degli edemi si fa minaccioso in uno dei visceri importanti ed urge provvedere meccanicamenze alla sottrazione liquida e quindi alla diminuzione della massa compressiva nello stroma viscerale, si ricorre a purganti drastici, specialmente quelli che irritando la superficie intestinale fanno rapida rivulsione, e producendo numerose scariche alvine sierose sottraggono dalla massa circolante una certa quantità di acqua. Per l'ordinario in principio del male si giunge con questo mezzo a scansare guai maggiori. La donna è però minutamente osservata e viene sottoposta alla dieta lattea; latte che aumentando la parte acquea ai reni aiuta la funzione renale. È ben vero che si tratta ancor di vedere se in modo assoluto ciò che esce è in relazione di ciò che s' immette, ma al giorno d' oggi l'a-

zione diuretica del latte è dai clinici in genere ammessa. Il latte ha il vantaggio, sui diuretici così detti irritanti, tra cui primeggia nell'uso l'acetato di potassa, di poter pure servire come sostanza nutriente, e di riuscire ben tollerato. L'acetato di potassa ha, a parer mio, un vantaggio sul latte di poter con minor veicolo d'acqua ottenerne una notevole e rapida sottrazione dall'organismo, e quindi togliere l' inciampo nell' organo affetto. Nei casi in cui si ha d'uopo di rapida azione, credo essere meglio rivolgersi ai diuretici così detti irritanti.

L' esame uroscopico è quello che sino ad un certo punto ci serve di termometro per l'andamento interno della malattia. Il cessare dell'anuria e della stipsi intestinale che accompagnano gli edemi gravidici, lo scomparire dell' albumina dalle urine, il ripristinarsi delle forze generali, il coordinarsi dei fenomeni nervosi, ci indicano il miglioramento successo nello stato generale della donna; miglioramento che molte volte è solo apparente. In genere la gravida guarisce solo definitivamente col parto. La cura, passati i primi pericoli, si rivolge ad armare l'organismo contro il male; a sottrarlo dalla causa ammorbante. Allo stato idroemico del sangue, alla poca resistenza dei tessuti si provvede con una cura ferruginosa (citrato di ferro), coi preparati chinoidei e con un vitto ricostituente. Il purgante che nei casi di bisogno di defluvio enterico sieroso abbondante, viene dal prof. Tibone usato, si è quello raccomandato dal Jaccoud nella cura dell'eclampsia per edema cerebrale, forma che Traube e Rosenstein vorrebbero fosse quella che maggiormente s'osserva nella gravidanza. Questa pozione, tintura di gialappa e sciroppo di ranno catartico (aná gr. 25), è ben tollerata in questi stati in cui il vomito è facile. La prima evacuazione è di materie fecali, le susseguenti in N. di 4 a 6, sono acquose e copiose.

Ho voluto premettere questi brevi cenni sulla cura medica per dimostrare come gli edemi gravidici ben raramente in una clinica debbono condurci a radicali provvedimenti, e che l'eclampsia, come dice il Tibone, deve essere una complicazione

della gravidanza cui non dovrebbero mai soggiacere le gravide ricoverate negli ospizi di maternità. Eppure arriva talora che illusi dall'apparente mitezza del male si temporeggi, aspettando per l'ordinario in favore della vita del feto, sinchè l'aggravarsi rapido dei sintomi non ci attira irresistibilmente a rapide decisioni operatorie e pur troppo tal fiata troppo tardi.

Dopo i vizi pelvici, le inerzie uterine e se si vuole le metrorragie, gli sconcerti della gravidanza che più facilmente procurano al pratico visite ed operazioni ostetriche fuori della clinica, sono le affezioni edematose gravidiche. Posso dire senza tema d'errore che quella che più spesso conduce l'ostetrico ad osservare rapide morti in donne gravide, specialmente nei bassi strati sociali in cui le cause di questo male sono numerose, e che molte volte lo obbligano ad un parto forzato o ad un taglio cesareo post-mortem, talora inutili pur troppo, si sono le affezioni in discorso. Nel volgo a certi fenomeni punto non si bada, e non si capisce come sotto sì poco fumo covi un vasto incendio. Pubblico alcune delle storie per far vedere come talora la malattia s'imponga rapida all'ostetrico da deciderlo ad un intervento che talora, a detta del clinico veritiero e che non si pasce solo di successi, fu troppo tardivo. Gli errori sono quelli che preparano la via al successo, scrisse il nostro Tibone. Dai nostri errori imparino gli altri e sieno pure più di noi fortunati.

Osservazione I. — Registro Clinico, anno 1874-75. N. annuale del Parto, § 2. Assistente dott. Cuzzi.

Doccia Giovanna, operaia, d'anni 38, abito linfatico, costituzione affralita, prima mestruazione anni 13, le successive a periodi della durata media di 4 giorni con interruzioni per gravidanza (1). Pluripara. Entrò in clinica il 7 gennaio del 1875; verso la fine di ottobre la donna veniva colpita da ambascia di respiro, con palpitazione e tosse leggera esacerbantesi verso sera, per cui le venivano a domicilio praticati due salassi, senza

(1) L'ultima da cui datava la gravidanza in corso ai 24 giugno 1874.

verun sollievo nei fenomeni; 15 giorni dopo la comparsa dei primi sintomi, la tosse aumentò in intensità e si accompagnò ad espettorazione siero-mucosa aerata abbondante. Aumentava contemporaneamente la dispnea con minaccia di soffocazione nella notte.

Dieci giorni prima dell'ingresso, si aggiunse a tutti questi fatti che man mano aumentavano d'intensità, l'edema alle estremità inferiori, poscia alle superiori di modo che stante l'aggravarsi dello stato generale si decise di ricoverarla in clinica.

Esaminata si riscontra edema alle estremità, anemia, debolezza organica generale, polso fuggevole e filiforme (P. 120) al cuore nessun rumore anormale, dispnea (respiro, 44); sonorità alla percussione normale lungo la linea mammellare ed ascellare da ambo i lati; rantoli russanti e crepitanti in entrambi i polmoni, ed in modo specialissimo alla base del destro; urine albuminose, scarse. L'aspetto della donna presenta il tipo che dal Valsuani viene rappresentato sotto la denominazione di cachessia puerperale. Stante la notevole quantità d'albumina nelle urine, l'edema polmonare minacciante, il deperimento delle forze generali, si decise di provocar tosto il parto. La gravidanza dai segni raccolti era al 6.° mese. Bacino normale. Il mezzo scelto per condurre l'utero allo sgravio, fu il processo del Tarnier come quello che più rapidamente conduce al parto. La sonda venne introdotta alle 5 pom. del 7 gennaio, giorno d'entrata. Stabilivansi poche ore dopo le contrazioni, e la donna si sgravava alle 2 $^3/_4$ antimeridiane dell'8. Dieci ore dopo l'introduzione del dilatatore, il feto di sesso maschio venne alla luce vivente, sano, del peso di 1050 gram. e della lunghezza di 26 cent. Secondamento naturale. Il puerperio decorse normale. Mediante pozione di fellandrio acquatico e liquore anisato d'ammonio con tintura alcoolica di noce vomica, rivulsivi sul petto, infusi di poligala e più tardi di ipecacuana e diuretici, il rumore respiratorio alla base del polmone si fa più distinto. I fenomeni generali di soffocazione scomparvero dopo il parto; l'albumina nei primi giorni del puerperio cessò di trovarsi nelle

urine e la donna potè essere 8 giorni dopo trasportata per le cure consecutive all' Ospedale di S. Giovanni, non potendo, stante l'ingombro, più oltre ricoverarla nella sala della Clinica Ostetrica.

Osservazione II. — Arma Angela, sarta, d' anni 29, abito macilento, costituzione affralita, entrò in clinica li 30 gennaio 1878. La prima mestruazione comparve all'età d'anni 13, decorse successivamente in modo regolare, durando in media giorni 3, senza interruzioni, tolte le fisiologiche per 5 gravidanze. Delle gestazioni la prima venne interrotta al 6.° mese, con espulsione d' un feto anencefalo. Le ultime 4 decorsero normali al termine ordinario. L'ultima mestruazione, da cui data la gravidanza in corso, si fu all'8 maggio. I primi moti fetali furono percepiti verso la metà del 5.° mese. Il giorno del parto indicato dal calendario il 13 febbraio. All'esame ostetrico fatto il giorno dell'ingresso presenta una gravidanza nel 9.° mese. Pres. V. Il battito cardiaco, stante forse l'edema notevole della parete anteriore, non si trova (1).

Al 7.° mese narra, esserle comparsi edemi ai malleoli che non le impedirono però d'attendere alle cure domestiche. Solo da 10 giorni prima dell'ingresso, l'aumentare dell' edema specialmente alla parete addominale la obbligò a tenere il letto. Comparvero pure dolori all'ipocondrio destro. Stipsi ostinata, anuria giunta al punto di emettere solo poche gocce d' urina nelle 24 ore. La stipsi intestinale resistette ai purganti, la di cui natura la donna non ricorda. Il 22 gennaio, fu colta da vertigini, amaurosi passeggiera ed insonnia nella notte: contemporaneamente da tosse molesta, esacerbantesi alla sera con senso di soffocazione. Sono specialmente questi ultimi sintomi che oltremodo l' inquietavano, che la spinsero all'Istituto Ostetrico. Il giorno dell'accettazione la temperatura vespertina era 37 $^{6}/_{10}$, P. 82. Esaminata si notarono tosto i copiosi edemi, nonchè i fenomeni surriferiti. La percussione del-

(1) Ma i moti attivi sono dalla donna sentiti.

l'ambito polmonare nulla presentava di notevole; all' ascoltazione si percepivano rantoli sparsi con diminuzione in basso posteriormente del rumor vescicolare; toni ed area cardiaca normali.

Era ovvia la diagnosi di edema gravidico generale interno ed esterno. Si cercò tosto di ripararvi in parte, ordinando il purgante drastico solito ad usarsi in questi casi, con cui si ottennero 4 dejezioni alvine sierose abbondanti.

Il 31 l' urina fu raccolta. Nelle 24 ore ne emise appena 100 centimetri cubici; la densità era di 1029, quantità dei solidi $^{56}/_{1000}$. Al calore, all'acido nitrico, all'acetico, alla reazione del Moriggia, deposito di molti fiocchi d'albumina che col metodo un po' empirico del Primavera potei calcolare giungere al $^{12}/_{1000}$. La temperatura si manteneva ognora normale. Sottoposta alla cura lattea le urine aumentarono, diminuendo leggermente l'albumina; al 2 gennaio era di $^{8}/_{1000}$. In questo medesimo giorno, l' accesso di soffocazione, che era diminuito nei 2 giorni scorsi, comparve più minaccioso per dissiparsi in breve tempo. Non essendovi nulla preparato pel parto nell'utero, illusi dallo stato di benessere cui godeva la donna nella giornata, dalla diminuzione degli edemi esterni e dei fenomeni nervosi, si procrastinò sperando in una favorevole risoluzione coi mezzi medici, tanto più che prossima si presentava l'epoca dello sgravio naturale. A ciò si aggiunga il non aver assistito in presenza agli accessi ortopnoici nella sera decorsa, quindi il non essersi fatto, de visu, adeguato criterio della natura di questi accessi la di cui gravità al mattino, stante il rapido dileguarsi, era di molto attenuata dalla donna stessa e da chi l'assisteva.

La sera del 3 febbraio verso le 10 fui repentinamente chiamato con somma premura a recarmi presso la gestante inferma. Essa era in preda ad un violento accesso di soffocazione. Mi parea di assistere ad uno di quei casi in cui rapidamente il croup ottura il laringe dei piccoli infermi. Seduta sul letto, pallida in viso, cianotiche le labbra e la congiuntiva oculare, ortopnoica,

con respirazione superficiale, senza parola, in uno stato d'inquietudine generale massimo, agitando le braccia come per togliersi un peso da sul petto: presentava i sintomi tutti della rapida asfissia. A ciò si univa una tosse molesta, con espettorazione muco-salivale con striscie sanguigne: polso piccolo, di quando in quando irregolare, tumulto cardiaco, rantoli a grosse bolle sparsi, ma distinti in modo speciale alle parti superiori, dimostravano la repentina congestione cardio polmonare formatasi. Era una delle conseguenze dell' edema polmonare ch' io sopra notai, fatto clinico che trova il suo riscontro in quello pubblicato dal Peter, tolto che il punto di partenza fu allora il cuore, mentre qui erano i polmoni. Con energica medicazione rivulsiva sulla pelle tentai iperemizzandola di fare una diversione ai fatti iperemici interni. Ed attendendo il direttore misi in opera i soliti mezzi per eccitare le poche forze rimanenti, ed evitare in modo speciale una sincope cardiaca. Il professore non si fece attendere. Posto in breve alla conoscenza del caso dopo rapido ed accurato esame, diagnosticato l'ingombro cardio-polmonare che meccanicamente struggeva i fattori vitali, rivolse il suo pensiero a rimuoverlo con un modo potente almeno momentaneamente. Prescrisse tosto un salasso piccolo di 200 gr. di sangue appena.

La donna era agonizzante: gli sfinteri s'erano aperti. Si preparava ogni cosa pel parto forzato o pel taglio cesareo *post mortem*. Dico francamente che quando avvicinai la lancetta per aprire la vena, ebbi paura di spalancare la porta a quella vita che tardava a passare per l'uscio semichiuso.

Feci il salasso: l'emissione sorpassò la quantità dal professore richiesta (350 gr.), per la difficoltà di opporsi all' uscita del sangue, quando si trattò di chiudere la piccola incisione. Injezioni d'etere sottocutanee, gocce di tintura di muschio sulle labbra, una medicazione eccitante energica fu posta in opera; contemporaneamente senza muovere la donna di sito fu introdotto un dilatatore Tarnier nell'utero, allo scopo in caso di favorevole riuscita, di provocare tosto il parto. Alle 11,30 si ter-

minavano questi vari preparativi. Alle 12 la donna aprì gli occhi, acquistò la conoscenza, scomparve in parte l'azzurro della congiuntiva e delle labbra; s' injettarono leggermente le gote, le forze generali rinascevano per incanto. Fa duopo notare che dopo il salasso ci fu un breve arresto nel battito cardiaco, per cui quasi quasi invece della sonda Tarnier il professore pensava a penetrare forzatamente nell'utero, quando il ritorno della contrazione cardiaca ne lo dissuase. Subito diminuì il tumulto cardiaco ch'era molto bene denotato dalle giugulari. A un'ora la donna si poteva dir fuori di pericolo. L'ingombro polmonare, mediante alta dose d'ipecaquana e liquore anisato d'ammonio, fu tolto con abbondante espettorazione. La lasciammo in guardia agli allievi interni con ordine di tosto chiamare se qualche cosa di nuovo succedesse. Fortunatamente non ritornò più indietro, anzi progredì verso il meglio. Le contrazioni avvertite dall' allievo Rocca verso le ore 2, condussero la donna ad un parto normale alle 4 antim. del giorno 4 febbraio, ma in modo così silenzioso che, tolto l' allievo che direttamente la sorvegliava, gli altri non poterono giungere in tempo per assistere allo sgravio. Il feto, di sesso femminile, morto coi fenomeni di rapida asfissia, pesava gr. 2410, ed era lungo cent. 45.

La temperatura si manteneva durante e dopo la crisi, costantemente normale. Al mattino la donna pareva inconscia del pericolo passato: qualche rantolo sparso e nulla più ai polmoni, battito cardiaco un po' debole, temp. 37 $^3/_4$, polso 120, resp. 32, le forze generali depresse. Si continuarono le prescrizioni eccitanti. Alla visita della sera T. 28, P. 130, Resp. 40. Stante la ricomparsa dei prodromi dell'accesso del giorno prima, colpi di tosse, respiro interrotto, si ricorre a pronta rivulsione cutanea con applicare N. 24 coppette asciutte ai lati del torace.

Nonostante ciò, verso le 7, i fenomeni tutti della sera scorsa rientrano in scena: fu il medesimo accesso con ugual vigore che ritornò. Le cose peggiorano sino verso le 10.

La medicazione della notte scorsa si mise di nuovo in gioco. Non esistendo tumulto cardiaco, e stante la depressione delle

forze, non si credette conveniente ritornare al piccolo salasso. Fortunatamente però questa crisi fu pure sorpassata, e più non si ripetè nei giorni susseguenti. Con ampii vescicanti al torace, e gli espettoranti internamente, si tentò riparare ai guasti polmonari successi. Alla percussione, il 5 febbraio, distinta era l'ottusità in basso; ronchi e rantoli sparsi pei due polmoni; rinforzati però i toni cardiaci; figura tranquilla e regolare.

Non vo' più oltre tediare il lettore colla descrizione dei fenomeni morbosi. Il puerperio decorse apiretticò e normale. Al 6.° giorno era diminuita l'ottusità; comparso il rumor vescicolare in basso, diminuiti i rumori anormali del polmone. Fu trasportata per le ulteriori mediche cure a S. Giovanni di Sove: uscì pochi giorni dopo il trasporto, completamente ristabilita. Ho voluto riportare per intiero la storia anche a costo di rendermi nojoso, per dimostrare che tutti i mezzi possono riuscire in terapeutica eccellenti, quando sono con savia mano adoperati; che nessuno merita l'ostracismo assoluto con cui da alcuni si vuol colpirli; come ben disse nella sua prelezione il prof. Concato e molto bene dimostrò a noi suoi allievi presenti, il professor Tibone nel fatto in questione.

Per accidente quasi analogo, nell'osservazione da me già citata del Peter, in donna gravida in preda a questi fenomeni d'ingombro cardio-polmonare, il distinto allievo di Trosseau venne alle medesime conclusioni del Tibone, e non peritò in caso pure gravissimo, di donna quasi agonizzante, di aprire a scopo idraulico la vena e fare all' organismo una piccola sottrazione di sangue. Le considerazioni ostetriche poi del caso clinico emergono troppo bene dalla lettura del fatto, per cui credo inutile il commentarle.

Osservazione III. — Era Rosa, filatrice. Abito cloro-anemico, costituzione buona, d' anni 25. Ricovera alla Maternità li 13 gennaio 1879. La prima mestruazione avvenne a 15 anni, le successive comparvero a tipo regolare, durata media giorni 3, nessuna interruzione tolta quella della gravidanza in corso. Primipara, data dell'ultimo mestruo ai 15 maggio 1878. Battito cardiaco fetale percepito verso il 5.° mese.

In dicembre, 1878, fu presa da stato reumatico leggero, con tosse molesta, aggravantesi verso sera, con leggero senso di oppressione: disturbi di cui guarì in pochi giorni col riposo e leggeri purganti. Tre giorni prima di venire alla clinica ricomparve l'ambascia di respiro colla tosse molesta, ma in modo più grave; vertigini, amaurosi, ambliopia passeggera, insonnia, senso di peso ai reni accompagnavano i surriferiti fenomeni. Edema alle estremità inferiori ed alle grandi labbra.

Il giorno dell'ingresso la temperatura era normale, polso 87 e resp. 34. Si prescrive la pozione del Jaccoud da cui si ottengono 7 scariche alvine acquose. Si sottopone la donna alla cura lattea. L'urine nel giorno d'ingresso segnano una densità di 1028, torbide, debolmente acide, ricche d'albumina $^{10}/_{1000}$, anuria.

Al 17 le urine erano aumentate (quantità nelle 24 ore 1200), l'albumina non era però diminuita. Gli edemi esterni erano quasi scomparsi, così pure l'amaurosi e le vertigini; non così però il senso di soffocazione e la tosse che nella notte, secca, molesta, incessante, nonostante gli oppiati somministrati, procurava un'insonnia assoluta. Esaminati i polmoni s'osserva leggera ottusità in basso posteriormente ove poco distinto si percepisce il rumor vescicolare. Qualche ronco sparso alle parti superiori, deboli i tuoni cardiaci, soffio anemico dolce alla punta, area cardiaca normale. Con applicazioni di coppette si tenta di fare una rivulsione. Il latte non essendo tollerato lo si tempera con acqua di calce che lo rende accetto al ventricolo.

Il 19 al mattino, persistendo l'albumina in gran quantità nelle urine, aumentando notevolmente il senso di soffocazione colla tosse, trovandosi notevolmente accresciuta posteriormente l'ottusità ed essendo ricomparsi gli edemi esterni colle minaccie d'uno scoppio d'eclampsia, si passa alla provocazione del parto col metodo di Krause. La gravidanza, dai segni raccolti, era nel 7.° mese. La sonda fu introdotta alle ore 10 antim. del 19. Le prime contrazioni comparvero alle 3 del dopo pranzo, ed il parto si effettuò naturalmente alle ore 10,20 pom., coll'e-

spulsione d'un feto femmina, sano, che pesava 1640 gr., ed era lungo cent. 41, segnando 22 la lunghezza superiore, 19 l'inferiore. Nel soprapparto il senso di soffocazione aumentava, ma nessun fenomeno convulsivo ne aggravò lo stato.

Espulsa la placenta, portata sul letto del puerperio, pare acquistasse un po' di calma. Quando verso le ore 3,30 del 20 fummo chiamati perchè la donna era in preda a violento accesso di soffocazione che la minacciava di morte. Notammo tosto cianosi pronunciata alle guance e labbra, polso frequente ma esile, legger tumulto alle giugulari, ancor distinti i toni cardiaci, tosse molesta, incessante con espettorazione vischiosa, aerata, con strie rosee, pupille dilatate, immobili, che non reagivano agli agenti esterni, senso di costrizione alle fauci, minaccia di asfissia, ronchi a grosse bolle sparsi nei polmoni, diminuito il rumore respiratorio vescicolare, qualche rantolo tracheale distinto, conoscenza perfetta del suo stato, funzioni psichiche non alterate. Esaminato il caso, fresco della lettura dei fenomeni pneumo-cardio-gravidici; ricordando il fatto successo nell'anno scorso cui il presente si presentava analogo, osservando distinti i fenomeni della rapida congestione cardio-polmonare, col dottor Inverardi, altro assistente, decisi di fare alla donna un piccolo salasso di gr. 200. Colle injezioni d'etere solforico, colla pozione del Todd, sostenemmo le ultime forze che stavano per lasciarla; con 24 coppette asciutte tentammo una rivulsione. Un'ora dopo i polsi si rialzarono, l'azione del cuore si regolarizzò, il rantolo tracheale scomparve. Continuavano i grossi rantoli nei bronchi maggiori, che tentai sgombrare con una pozione d'ipecaquana a dose emetica.

Alla visita del mattino le cose non erano peggiorate; si osservarono però i fenomeni dal lato del petto gravi. Il professore prescrive una pozione eccitante pneumonica di alcoolato di cannella, con liquore anisato ed etere solforico; e larghi vescicanti ai lati del torace per tentare la diversione. Ciò nonostante verso le 4 del dopo pranzo l'accesso ricomparve e questa volta per non più scomparire che colla morte. Inutile il dire che si tentò in ogni modo di stornarlo.

L'autopsia fatta dal Colomiatti 34 ore dopo la morte mostrò lesioni, la di cui estensione non s' era per certo negli ultimi giorni della gravidanza sospettata.

Cranio doligocefalo, asimmetrico, con diametri maggiori posteriori, congestione dei vasi meningei, edema cerebrale notevole, area cardiaca assoluta quasi scoperta, liquido pericardico in discreta quantità, leggermente ipertrofico il cuore in generale, coaguli agonici nelle cavità, atrii ventricolari sani, nessun stato dissolutivo del sangue, un po' di siero nella cavità toracica destra, pleura polmonare a destra in basso un po' inspessita, in alto aderenze pleurali d'antica data; amendue i polmoni si mostrano in tutta l'estensione fortemente edematosi e leggermente congesti alla base, alquanto tumefatte le ghiandole addominali, ipertrofia gravidica del fegato, i *reni* presentano amendue distinti i caratteri della nefrite parenchimatosa, diminuita la consistenza, tumefatta la sostanza corticale che è di color carneo sbiadito tendente al giallo, sostanza midollare congesta, l'*utero* col fondo arriva al promontorio, nessuna traccia di lacerazione, inserzione della placenta in alto e posteriormente, parametrii liberi, coaguli nella cavità uterina, corpo luteo nell' ovajo sinistro. Dal risultato necroscopico e dall' estensione dell'edema polmonare è lecito l' inferirne che se la donna più per tempo si fosse rivolta all'Ostetrico, probabilmente provvedendo, la catastrofe si sarebbe risparmiata. Ma coi sintomi così lievi ebbe torto la donna a non chiamar pronto soccorso? Ed il medico ne avrebbe avuto se avesse procrastinato per qualche giorno?

(Continua).

LA VAGINITE GRANULOSA

IN RAPPORTO

COL PARTO, COL PUERPERIO E COLLA SALUTE DEL NEONATO

PER IL

Dott. LONGHENA ARNALDO

Medico assistente nel Regio Istituto Ostetrico di Parma

Devo alla cortesia del prof. Calderini, che qui ringrazio pubblicamente, l'essermi noto il sunto di un lavoro del dott. Engel di Budapest (1) sulla vaginite granulosa, sunto che qui trascrivo testualmente tradotto.

« La maggior parte delle donne indica esser giunto il ter-
» mine della gravidanza, quando si manifesta il catarro vaginale.
» Come primo segno avvi lo scolo aumentato, senso di calore
» nella vagina, premiti di orinare con minzione dolorosa, pic-
» cole escoriazioni sul frenulo e sulle piccole labbra, talvolta
» piccoli condilomi. La cute al perineo è dal secreto macerata,
» talvolta invece è ruvida e rigida, così che in precedenza deve
» essere compresa nelle lesioni durante il parto. Perciò l'esame
» vaginale è doloroso, le papille vascolari ingrossate facilmente
» sanguinano. Le osservazioni si fondano su 40 casi di parto
» (33 primipare, 5 secondipare e 2 multipare) dalle quali ap-
» pare che la tendenza al catarro vaginale è assai più grande
» nelle primipare, mentre nelle altre la malattia già esistente
» si acutizza nella gravidanza. Il primo periodo del parto è

(1) Centralblatt für Gynækologie, N. 4, 1879. « La vaginite granulosa in riguardo alla gravidanza, al parto ed al puerperio ».

» relativamente allungato. L'A. trovò questo dipendere dalla
» rigidità degli orli della bocca uterina, frequente nella vagi-
» nite. Le membrane per lo più si rompono innanzi tempo; nel
» trapasso della testa gli orli si trovano alquanto contusi. Il
» momento più doloroso del parto comincia allorchè si dilata
» la vagina. Fino al manifestarsi dei dolori espulsivi la donna
» tenta di trattenere le contrazioni ausiliarie, per sminuire i
» dolori; ma quindi sopravinta dai dolori stessi tutte le forze
» sono raccolte, ed il parto avviene senza precedente dilata-
» zione dei genitali e con lacerazione dei medesimi.

« Se il perineo in seguito alla vaginite è teso, la durata del
» parto può essere assai protratta e talvolta può tornare ne-
» cessario il forcipe (in un caso 6 ore, in un altro 7 $^1/_2$), even-
» tualmente può essere necessario il procedimento di Ritgen.
» Quest'ultimo è il caso più raro. In 33 primipare il perineo soffrì
» 21 volte grandi e piccole contusioni, in 10 lacerazioni di cui
» 2 fino al retto. Il periodo espulsivo nei casi studiati durò
» appena più di un ora, ordinariamente solo $^1/_4$ d'ora. Dopo il
» parto le papille sono appiattite, l'epidermide è escoriata, e
» insieme alle lesioni cervicali formano un punto di possibile
» infezione. Cinque volte avvenne forte emorragia dopo il parto.
» La possibilità d'infezione di queste parti viene dimostrata
» per questo: che nella metà dei casi il decorso del puerperio
» fu febbrile (11 volte per ulcere puerperali, 8 parametriti, una
» peritonite suppurativa con esito letale).

» Il secreto della vagina unito al flusso lochiale, dà a que-
» st'ultimo un carattere caustico e cagiona eritemi (in $^1/_4$ dei
» casi con durata di 4 giorni; però il processo non andò fino
» alla gangrena e fu guarito colle irrigazioni profilattiche di
» acqua fenicata (2 gr. $^0/_0$). L'involuzione generale comprende
» anche la vaginite, la quale ordinariamente in fine di puerperio
» scompare affatto. Se la guarigione è completa Engel lascia
» in dubbio.

» Il secreto della vaginite cagiona blenorrea congiuntivale
» ai neonati e venne dimostrata da 15 casi, con incubazione

» di 4 giorni (Schiss osservò 5 giorni). Nello studio degli ul-
» timi casi Engel portò la sua attenzione sul funghillo dei neo-
» nati venuti da donne affette da vaginite. Nel secreto vagi-
» nale fu trovato l'oidium albicans, il quale, secondo Haus-
» mann, portato sulla mucosa boccale dei neonati dà luogo al
» funghillo. »

Invogliato dal professore e dall'importanza pratica dell'argomento ho intrapreso pur io alcune ricerche sullo stesso, ricavandone i risultati dalle cartelle cliniche dell'Istituto, raffrontandoli poi con quelli ottenuti dal dott. Engel. Le mie osservazioni sono in numero di 36 su un totale di 336 parti avvenuti in Ospizio, dei quali 151 direttamente presenziati da me, gli altri dal dott. Romiti. Delle 36 donne esaminate e tutte affette da vaginite granulosa, 29 sono primipare, 7 pluripare, il che s'accorda colle osservazioni dell'Engel sopra riferite e cioè della maggiore frequenza nelle primipare del catarro vaginale. Il primo periodo del parto nelle donne considerate, ebbe un minimo di ore 3. 10 m., un massimo di ore 51, una media di ore 11. 31...: il che, per quanto risulta dalle fatte ricerche dipende, come giustamente osserva Engel, da una rigidità del collo uterino che ne rallenta la dilatazione, benchè in un solo caso siasi praticata l'isterotomia. Come naturale conseguenza ne vengono: 1.° La durata del parto segnata, per le 36 osservazioni da me fatte, dà un massimo di ore 36. 45 m. dà un minimo di ore 3. 35 m., dà una media di ore 13. 22 m. 2.° Le operazioni ostetriche che si comprendono in due applicazioni di forcipe, una per inerzia assoluta e resistenza dei genitali esterni, l'altra per resistenza dell'orificio uterino esterno, l'unico caso ove, come già dissi, oltre la detta operazione si praticò l'isterotomia: in un rivolgimento per minaccia di vita del feto in seguito a contrazioni molto dolorose, quasi continue e dopo l'amministrazione infruttuosa di grm. 4 di cloralio in due riprese. L'episiotomia per resistenza dei genitali esterni ed a scopo d'evitare gravi lacerazioni perineali, fu praticata solo 3 volte e tutte e tre in primipare. La resistenza dei genitali

esterni si osservò 7 volte; comprese in queste le tre nelle quali fu praticata l'anzidetta operazione.

Il numero maggiore di lacerazioni perineali sta colle primipare che ne contano 10 di primo grado, 5 di secondo: numero ragguardevole su 36 donne, e che risulta maggiormente, posto vicino a quello osservato nelle pluripare in cui se n'ebbero soltanto 2 e di primo grado. In un caso solo osservaronsi piccole contusioni e lacerazioni alla parte interna e sinistra del gran labbro. Il periodo espulsivo ebbe un massimo di ore 5 e $^1/_2$, un minimo di 10 minuti, una media di ore 1. 24 m. Una sola volta nei casi da me osservati e in una primipara si ebbe emorragia post partum, non grave; un'altra, pure in primipara, un accesso d'eclampsia post partum. In tre casi si constatò la rottura precoce delle membrane.

L'opinione emessa dall'Engel e cioè come dopo il parto le papille vaginali escoriate e le lesioni cervicali sono fomite a successive infezioni, è convalidata dal fatto clinico di 11 puerperî morbosi su 25 normali, risultati dalle 36 donne studiate; puerperî che tranne uno ad esito letale andarono tutti a guarigione e dei quali l'unito specchietto indica l'andamento, coi massimi e minimi delle temperature e delle pulsazioni.

TEMPERATURA		PULSAZIONI		ANDAMENTO DEL PUERPERIO	ESITO
mass.	minimo	mass.	minimo		
40,6	37,2	162	66	Peritonite generale acuta. . .	Morte
40,4	36	114	70	Febbre da riassorbimento. . .	Guarigione
40	36,6	108	60	Difterite vulvare e irritazione peritoneale	Idem
40,2	36	120	60	Endometrite	Idem
38,6	36	100	60	Orticaria.	Idem
40	36	160	60	Catarro bronchiale acutizzato, accessi asmatici, enfisema polmonare	Idem
38	37	120	60	Gangrena vaginale (da forcipe)	Idem
39,4	37	120	72	Subinvoluzione uterina.	Idem
38,8	37	84	60	Endometrite leggera	Idem
37,4	36,2	102	60	Endometrite leggera	Idem

In nessuno dei casi da me osservati si ebbero eritemi consecutivi al catarro vaginale; ma per la gravezza dello scolo ed a scopo profilattico, sì per la madre che per il bambino, si instituirono prima del parto le lavature ed irrigazioni vaginali fenicate al 2 ½ % in una donna. Dove il risultato delle mie osservazioni discorda affatto da quello dell'Engel, si è per la blenorrea congiuntivale nei bambini, nati da donne affette da catarro vaginale e vaginite granulosa. Un caso solo bene accertato (nel quale la malattia dopo 10 giorni andò a guarigione) ebbi ad osservarne dietro l'accurato esame dei 37 bambini, essendosi avuto nel complesso un parto gemello. Pel funghillo che Hausman vorrebbe prodotto nei bambini, generati da donne affette da vaginite, dalla presenza nello scolo dell'oidium albicans, ne riscontrai un solo caso. In due casi si osservò la vaginite anteriore alla gravidanza di un anno ed in uno di questi la si dichiarò aggravata, o conseguente ad essa. Per quanto concerne il riscontro vaginale convengo io pure coll'Engel del come esso torni doloroso alle donne affette da vaginite granulosa e come facilmente le parti sanguinino.

Dalle osservazioni dell'Engel e dalle mie si possono dunque trarre i seguenti corollari:

1. Il catarro vaginale è più frequente nelle primipare che nelle multipare e segna una media del 10. 71 %.

2. Il travaglio di parto nelle donne affette da vaginite granulosa è relativamente allungato.

3. Per il fatto della vaginite e dello scolo leucorroico sono facili ad avvenire nella partoriente le lacerazioni del collo uterino, l'inerzia del viscere, l'irregolarità delle contrazioni, la rottura precoce delle membrane, la resistenza dei genitali esterni e le conseguenti lacerazioni del perineo.

4. Sono rare ad osservarsi le emorragie dopo il parto.

5. La vaginite granulosa può, dietro le lesioni del parto, favorire l'infezione puerperale ed i puerperî morbosi. Saranno dunque a consigliarsi in questi casi come profilattiche le inie-

zioni e lavature vaginali con acqua fenicata ($2\,^1/_2\,^0/_0$) durante la gravidanza, massime negli ultimi mesi.

6. Da parte mia non posso dietro il risultato delle osservazioni sottoscrivere all' opinione dell' Engel, che il malanno in discorso generi la blenorrea congiuntivale nei bambini. Ma il fatto sta ed è noto, per cui anche per tale riguardo saranno utili le accennate irrigazioni vaginali fenicate.

7. Il manifestarsi del funghillo, pel dato del trovarsi l'oidium albicans nel secreto vaginale, abbisogna d'essere confermato da molte osservazioni bene accertate.

VARIETÀ.

Amputazione cesarea utero-ovarica. — Il 19 giugno veniva compiuta nell'Istituto Ostetrico di Milano la 4.ª ovaro-isterotomia cesarea dal dott. Mangiagalli, medico Assistente. — La guarigione è ormai assicurata.

Da una comunicazione epistolare del dott. Welponer, medico Assistente alla Clinica ostetrica di Carlo Braun in Vienna, si rileva essersi in essa operata la 5.ª amputazione cesarea utero-ovarica: di queste 2 con esito felice e 2 con esito infausto: la 5.ª è tuttora pendente al momento in cui scrivo.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Volume I. Agosto 1879.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

SOPRA LA ESCISIONE DEI MIO-FIBROMI SESSILI

DELLA

CAVITÀ UTERINA

NOTA

del Prof. OTTAVIO MORISANI

I.

Narrerò tre osservazioni di miofibromi a larga base della cavità dell' utero, per la cui estrazione adoperai la pinzetta di Rizzoli modificata con felice riuscita. Queste storie, e le riflessioni che le accompagnano forse non riusciranno inutili per i giovani cultori e per gli esercenti la Ginecologia.

Senza entrare nelle lunghe discussioni relative alla struttura di questi tumori uterini, mi contenterò di accennare che probabilmente gli antichi scrittori li comprendevano sotto il nome di *scleroma*, che furono più tardi chiamati *scirro*, *sarcoma*, *steatoma*, *tubercolo*, ecc., per le esterne apparenze, e sopratutto per il grado maggiore o minore di densità e di durezza. Vogel dimostrò pel primo col microscopio la presenza nel loro tessuto di una quantità di fibre muscolari; e più tardi Lebert li chiamò *fibroidi*, ritenendoli composti di elementi fibrosi mescolati a fibro-cellule. Virchow li considera come *miomi*, credendo che essi rappresentino originariamente vere escrescenze

e tumefazioni de' fasci muscolari dell'utero, con partecipazione del tessuto connettivo e dei vasi. Broca li nominò *isteromi*, il qual nome parrebbe indicare che essi avessero sede solamente nell'utero, il che non è esatto; il nome di *mio-fibroma* esprime meglio la loro natura. Il connettivo e le fibre muscolari lisce sono infatti gli elementi essenziali di cui si compongono, con prevalenza talvolta del primo, ma più frequentemente delle seconde. Le fibro-cellule muscolari, secondo Robin, sono più grosse di quelle dell'utero nello stato di vacuità, ma più piccole di quelle dell'utero gravido; esse costituiscono un quarto o la metà della massa morbosa. Vi si trova anche una grande quantità di materia amorfa, finamente granulosa, tenace, semi-solida, che unisce le fibre del tessuto cellulare, e le fibrocellule. Vario è lo sviluppo vascolare; ve ne sono alcuni forniti di rete vascolare ricca e copiosa, altri hanno vasi piccoli e scarsi. Secondo Virchow, la maggiore o minore vascolarizzazione starebbe in rapporto con l'epoca nella quale si esamina il tumore. Avviene dei vasi come delle fibre muscolari. Per l'ordinario i miomi dell' utero contengono arterie, vene capillari, ed anche, secondo Dupuytren, vasi linfatici. Se durano le connessioni col tessuto vicino, persistono anche i vasi; e nei miomi intraparietali molli questi vasi si sviluppano di molto. Più si rilasciano le connessioni, e più i vasi diventano rari, insino a che essi scompaiono quasi interamente. Per la sede son detti *interstiziali*, *intraparietali*, *intramurali* (Simpson), allorchè restano compresi e si sviluppano nella spessezza delle pareti uterine; *sotto-sierosi* se sporgono verso il peritoneo, e *sotto-mucosi* se si volgono e fanno prominenza verso la cavità della matrice.

Il tumore sotto-mucoso può venire da profondità differente. Qualche volta prende origine dagli strati muscolari situati immediatamente sotto la mucosa; spesso nasce più profondamente ed è separato dalla mucosa per uno strato muscolare più o meno spesso. È dapprima come una piccola nodosità che solleva superficialmente la mucosa; la sporgenza aumenta a mi-

sura che il mioma cresce, formasi un piccolo tumore a base larga, il quale finisce talvolta per avere un peduncolo (polipo miomatoso). Quest'ultimo fatto non è costante; esistono invero alcuni miomi, i quali sebbene facciano nella cavità uterina una considerevole sporgenza, non divengono mai peduncolati, qualunque sia il loro volume. Essi costituiscono, secondo Virchow, una specie di transizione alle forme intra-parietali, alle quali sotto il rapporto scientifico è utile riferirli.

La migrazione del mioma verso la cavità della matrice viene da ciò, che esso incontra nella sua evoluzione minore resistenza, la quale però nè sempre nè assolutamente è connessa con la spessezza differente del parenchima uterino, che lo separa dalla superficie interna dell'organo. Qualche volta il tumore produce atrofia per compressione delle fibre muscolari soprapposte, altre volte se ne riveste, ed avanza verso la cavità. La elasticità e la contrattilità delle fibre vicine possono contribuire col loro aumento a determinare la accennata migrazione. E forse si può spiegare a questo modo come alcuni di questi tumori arrivino ad enuclearsi completamente dal tessuto contrattile della matrice, e divengano addirittura extramuscolari.

I piccoli mio-fibromi sottomucosi hanno una connessione intima con la sostanza uterina, i cui vasi penetrano nell'interno di essi; ma allorchè il tumore forma una considerevole sporgenza, la connessione diminuisce, ed una parte dei vasi scompare. Vi sono però casi in cui tumori anche di grande volume ricevono dal parenchima uterino vasi numerosi, e conservano, come sopra abbiamo detto, uno strato carnoso che li inviluppa al di sotto della mucosa.

I tumori sotto-mucosi crescono in principio per apposizione di nuovi strati esterni, ma più tardi si sviluppano per interna proliferazione (Virchow). Essi quindi possono servir di tipo per la forma di tumore individuale. Il loro inviluppo esterno, formato dalla mucosa e da una parte dello strato muscolare, sembra solamente soprapposto, come un elemento particolare facile a separarsi; ciò però non è costante.

Tutti i punti dell'utero possono dare origine ai corpi fibrosi; sono però molto più frequenti nel corpo, che nel collo meno ricco di fibre muscolari. Secondo una statistica di Safford Lée, sopra 74 mio-fibromi uterini, 4 soltanto venivano dal collo. Guyon cita 140 casi, in cui la sede è conosciuta: 110 di essi appartengono al corpo dell'utero; 21 al collo; 9 hanno sede mista od anormale. Le regioni della matrice occupate da questi tumori sarebbero per ordine di frequenza: la parete posteriore, il fondo, la parete anteriore, il collo.

Non è frequente ma neppure molto raro osservare più d'un tumore sotto-mucoso; più ordinaria è la moltiplicità nei miomi interstiziali; ma sopratutto è facile trovare la coesistenza d'un tumore sotto-mucoso con un mioma interstiziale, o sottosieroso.

I miofibromi sotto-mucosi sessili hanno forma per lo più sferoidea, oppure ovale od ellissoide: la forma del resto si modifica per la resistenza meccanica delle parti circostanti.

Anche quando il tumore sotto-mucoso ha larga base, esso può per lente contrazioni uterine essere a poco a poco spinto in giù verso il collo, e superare anche gli orifizi uterini, e discendere in vagina. In questo caso la forma è di molto modificata, e il tumore può presentare uno o più restringimenti, simili ai collaretti dei sacchi erniarii, depressioni dovute alla compressione del collo uterino sopra i punti che furono successivamente in esso alluogati.

Le pareti uterine non restano indifferenti alla presenza dei fibromi; spesso esse si contraggono e finiscono per diventare ipertrofiche, qualche volta si atrofizzano. Si è notato che l'ipertrofia muscolare e vascolare ha luogo mentre dura il periodo della sessualità: essa è provocata dalla presenza del tumore, come quella della gravidanza dalla presenza del prodotto del concepimento. L'ipertrofia dà luogo alle contrazioni ed ai dolori espulsivi, ed a perdite di sangue più o meno abbondanti: queste ultime possono anche diventar gravi, allorchè si formano intorno al corpo neoformato vasti seni, come intorno alla placenta nel tempo della gravidanza. Per contrario l'utero diventa

atrofico, allorchè i fibromi si sviluppano dopo la cessazione dei mestrui. L'ipertrofia produce anche altre modificazioni dell'organo, specialmente l'ingrandimento della cavità del corpo, e l'allargamento ed allungamento di quella del collo, ammenochè il tumore discendendo non distrugga più o meno quest' ultima. Si può anche osservare la parete uterina ipertrofica in alcuni punti, ed in altri assottigliata; e può avvenire che un tumore unico, anche senza essere molto voluminoso, produca un assottigliamento non lieve nella parete corrispondente.

Da ultimo non è raro notare alterazioni varie di direzione e di sito, come abbassamento od elevazione, flessioni o versioni varie.

II.

Ora ecco le osservazioni:

Osservazione I. — N. N. a 40 anni di regolare sviluppo scheletrico, madre di sei figliuoli, ebbe mestrui sempre regolari, e parti spontanei con puerperii fisiologici. Verso il cominciare dell'inverno del 1877 le mestruazioni si resero molto più abbondanti del normale e di durata più lunga; più tardi si verificarono anticipazioni gradatamente crescenti nei ritorni mensili, e proporzioni veramente emorragiche delle perdite, le quali erano precedute ed accompagnate da forti dolori sacrali ed ipogastrici e da comparsa di molti grumi. Visitai la signora nel maggio. Ella presentavasi abbastanza pallida ed indebolita; abitualmente melanconica, si credeva affetta da morbo grave ed irreparabile. Aveva inappetenza e stitichezza di corpo; il ventre si gonfiava sovente nel tempo della digestione. L'utero era lievemente aumentato di volume ed un po' retroverso; il collo grosso, scolorito, con orifizio appena entraperto, e scolo di muco limpido e filante piuttosto in abbondanza; la sonda incontrava un lieve ostacolo a penetrare in cavità, il bottone terminale pareva arrestato verso la parete posteriore dell' organo, ma con piccoli movimenti di leva l' ostacolo veniva superato, e l' istrumento penetrava in cavità per 8 $^1/_2$ centim.

Con l'esplorazione vaginale si poteva attraverso il fornice vaginale posteriore toccare la parete posteriore del corpo uterino più estesa e più convessa del normale, ed ineguale nel suo sviluppo. Diagnosi: *endometrite catarrale, probabile esistenza di un mio-fibroma interstiziale nella parete posteriore del corpo della matrice.* Prescrissi il riposo, china con rabarbaro, acetato liquido di ferro, ergotina, cibazione carnea, semicupio fresco, ed iniezioni vaginali fresche.

Rividi la signora dopo 3 mesi. Il generale era molto migliorato, malgrado che le perdite emorragiche continuassero presso a poco nelle medesime proporzioni; nei periodi intermestruali si erano manifestati parecchie volte dolori uterini seguiti da esito di siero sanguigno; l'utero era meno retroverso; la sonda incontrava un ostacolo molto maggiore a penetrare in cavità, il bottone si arrestava a qualche centimetro dall'interno orifizio, e dava sangue se si esercitava pressione per superare l'ostacolo. Giudicai importante l'esplorazione digitale della cavità, previa la dilatazione del collo. Dopo l'introduzione di due coni di spugna preparata, mi riuscì di insinuare il dito, e riconobbi allora l'esistenza d'un fibroma sotto-mucoso a base larga, sporgente nella cavità, impiantato sulla parete posteriore del corpo della matrice. Continuai la dilatazione del collo con le spugne per alquanti giorni, e stabilii di praticare l'estirpazione del tumore con la pinzetta di Rizzoli modificata. Giudicando insufficiente la dilatazione ottenuta, praticai l'incisione multipla dell'orifizio esterno, afferrai con pinzetta di Museux la parte sporgente del tumore, e facendo discrete trazioni, la portai in giù quanto meglio fu possibile, applicai alla base della neoformazione, rasentando la parete uterina, la pinzetta di Rizzoli, e dopo aver stretto l'apparecchio di compressione, portai via con le forbici tutto ciò che restava al di sopra delle branche dell'istrumento. L'inferma perdè appena poche gocce di sangue, nè avvertì considerevole dolore. La pinzetta rimase in sito confidata con un nastro alla coscia per 12 ore. Seguì per alquanti giorni uno scolo di muco purulento con detritus; si pratica-

rono iniezioni vaginali con infuso di tiglio ed iposolfito di soda; si ebbe poca febbre nelle prime 24 ore dopo l'operazione, e la signora potè levarsi di letto dopo 5 giorni.

Però nella nuova ricorrenza mestruale la perdita continuava ad avere le proporzioni d' una vera emorragia, seguitavano i grumi ed i dolori. Una nuova e diligente osservazione fece rilevare l'esistenza d'un nuovo tumore, egualmente sessile, impiantato verso il fondo della matrice. Venne quindi la necessità d'una nuova operazione, alla quale si procedè nell'agosto con le medesime norme e con gli stessi mezzi.

La signora riacquistò d'allora in poi le sue forze, i mestrui ritornarono nell' epoca normale ed in giuste proporzioni; in breve tempo ella ritornò completamente alle sue antiche abitudini.

Il primo tumore asportato è grosso quanto una piccola mela, con base larga (15 centim. di circonferenza); la superficie convessa è rivestita della mucosa uterina; la base presenta ineguaglianze, e qualche lacinia formata da fasci di tessuto connettivale con fibre muscolari lisce. A circa un centimetro di distanza da essa si nota un margine che è la sezione della mucosa uterina, la quale aderisce intimamente al tessuto proprio della neoformazione. L'altro tumore offre i medesimi caratteri, è più grosso di circa un quarto, e la circonferenza della base maggiore di due centimetri.

Osservazione II. — Questa seconda osservazione appartiene alla Clinica Ostetrica e Ginecologica da me diretta (Sezione Ginecologia, N.° del Reg.: 21, Dicembre 1878). L'inferma è Sorrentino Maria, da Cava dei Tirreni, di genitori sani, mestruata sempre bene dal suo 17.° anno, nullipara, e donna di 39 anni. Nel luglio del 1876 cominciò ad avvertire fieri dolori durante la mestruazione all' ipogastrio, con abbondante perdita sanguigna. Per 4 mesi di continuo la perdita durò in variabile proporzione, ed i dolori quantunque meno intensi neanche lasciarono di tormentarla. Recatasi allora nel dispensario della Clinica, non si constatò altro che una endometrite, con

metrite parenchimale cronica. Migliorò alquanto, tanto che si assentò qualche tempo dal dispensario; ma non tardarono a ricomparire le primitive sofferenze, alle quali si aggiunse negli intervalli liberi dall' emorragia un molesto scolo di siero sanguinolento. Riosservata nel novembre 1878, notavasi il corpo dell'utero ingrossato di volume, la cavità cervicale dilatata, e l'orifizio interno occupato da un tumore, il quale era anche visibile con l'ispezione attraverso lo speculum. L'inferma fu ricevuta in Clinica, con la diagnosi di mio-fibroma sessile della cavità uterina. In Clinica le si è amministrato per circa un mese quotidianamente dell'ergotina. Nel 6 dicembre, dopo di avere nel giorno precedente applicati tre coni di spugna preparata nella cavità cervicale, si è proceduto all'operazione. Afferrato il tumore con pinzetta di Museux, lo si è tirato in basso per disimpegnarlo dall'orifizio interno, e per coadiuvare questa manovra si è anche praticato qualche sbrigliamento all'orifizio interno col bistori bottonato. Si è compresa la base del tumore fra le branche della pinzetta di Rizzoli, e strettala bene, si è reciso il tumore al di sopra di essa con forbici curve sul piatto. Non vi è stata affatto emorragia; la pinzetta di Rizzoli affidata alla coscia sinistra mercè un nastro, si è lasciata in sito fino alla sera, ed è stata tolta otto ore dopo, senza del pari emorragia. Si son quindi fatte praticare siringhe vaginali con acqua ed aceto. Nessun fatto notevole, neanche reazione febbrile han tenuto dietro alla operazione. L' inferma è stata dimessa dopo pochi giorni perfettamente guarita.

Osservazione III. — Signora D. L. di 45 anni, di buona costituzione e mestruata sempre regolarmente. Nello scorso maggio 1878 ricorrendo l'epoca mestruale, ebbe una profusa emorragia. La perdita del sangue durò 10 a 12 giorni con grumi abbondanti e grossi, tanto da produrre grande indebolimento e deliqui. Riavuta, fu osservata da alcuni chirurgi del suo paese, i quali credettero riconoscere granulazioni del muso di tinca, e praticarono più volte la causticazione col nitrato di argento. Il nuovo ritorno dei mestrui, quantunque non nelle primitive proporzioni, fu pure abbastanza copioso.

L'esplorazione digitale, da me eseguita in Napoli il 25 luglio, fece rilevare l'utero in mediocre antiversione con l'orifizio rivolto alla metà posteriore del bacino, ed un tumore del volume d'una grossa noce sporgente in vagina per circa 4 centimetri, con superficie irregolare e mammellonata. L'orifizio uterino era fortemente accollato e stretto sul tumore, sì da produrre un solco abbastanza profondo nel sito della costrizione. Non era facile scorrere col dito tra l'esterna superficie del tumore, e l'interna dell'orifizio uterino, attesa una considerevole resistenza che il dito incontrava; non di meno parea che il tumore fosse peduncolato, e giudicato un polipo, se ne consigliò l'estirpazione.

Il 30 luglio, dopo di aver afferrato con pinzetta di Museux la parte sporgente del tumore, e tiratala in basso, in guisa da abbassare tutta la massa neoformata, si rileva essere essa impiantata per larga base sulla parete posteriore e laterale sinistra della matrice a circa 2 centim. sopra all'interno orifizio. Si continuano dolci manovre di abbassamento, ed un po' col bisturì e con le forbici, un po' con moti di rotazione e strappamento, si porta via il tumore. Segue all'operazione una perdita di sangue piuttosto abbondante, la quale però viene senza molta difficoltà arrestata con applicazione di percloruro di ferro sulla superficie cruenta sia col pennello, sia con piccoli turaccioli di bambagia, e con lo zaffo vaginale. Lieve reazione febbrile nel giorno seguente (Temp. 38°), esito di escarette nerognole, e poi di materie siero-sanguigne dopo l'estrazione dello zaffo; iniezioni vaginali con acqua ed aceto. Tutto procedeva bene, quando la povera signora è presa da una febbre infettiva (*febbricola*), la quale dura tre settimane, e non viene completamente vinta se non col mutamento di aria in sito molto elevato della città.

In tutto questo tempo il fondo dell'utero rimane elevato di circa due trasversi di dito sopra la sinfisi pubica; e continua dalle vie genitali uno scolo prima siero-sanguigno, e poi mucoso in mediocre quantità; la nuova ricorrenza mensile è molto

abbondante in guisa che si è obbligati di ricorrere alla vescica di ghiaccio, ed agli astringenti per arrestare il sangue. Con la esplorazione dalla via della vagina si nota l'orifizio esterno leggermente aperto, ed il segmento inferiore dell'utero un poco aumentato di volume. La sonda penetra in cavità per circa 4 centim., ma viene quivi arrestata da un corpo sporgente con la base larga impiantata sulla parete posteriore, e un poco a destra. Praticata la dilatazione con la spugna preparata, si può penetrare col dito nella cavità e completare la diagnosi del tumore, il quale viene riconosciuto per un mio-fibroma sessile della cavità del corpo. Dopo che l'inferma ebbe ricuperato un po' di forza e di vigore, si ricomincia la dilatazione graduale del collo con le spugne, ed il 1.° dicembre ultimo si procede all'escisione del tumore. Riconosciuta insufficiente la dilatazione ottenuta, si praticano incisioni multiple sul contorno dell'esterno orifizio, si afferra la parte sporgente del tumore con le pinzette di Museux, e si cerca con dolci trazioni di abbassarlo il più che sia possibile; se ne comprende la base rasente la parete uterina tra le branche della pinzetta di Rizzoli, e stretto l'apparato di compressione si porta via con forbici curve tutta la porzione che resta al di qua delle branche. Durante l'operazione la signora perde appena poche gocce di sangue; la pinzetta è lasciata in sito, affidata alla coscia sinistra con un nastro passato in uno degli anelli, per sei ore. L'indomani lieve dolore alla pressione ipogastrica, poco scolo di siero sanguigno, leggiera reazione febbrile (Temp. 38°). Si praticano iniezioni freschette in vagina. Lo scolo diviene purulento nei giorni consecutivi, ed accompagnato da detritus di sostanza mortificata; iniezioni aromatiche di acqua di tiglio con iposolfito di soda. La novella mestruazione ha luogo senza dolori, il sangue viene in quantità discreta, e non eccedente le proporzioni che aveva prima della malattia; il generale migliora rapidamente; il volume dell'utero si riduce alle normali proporzioni, e la signora ritorna nella città natia al cominciare del gennaio, completamente ristabilita.

(*Continua*).

LE ECCHIMOSI SOTTOPLEURALI E SOTTOPERICARDICHE

DEL FETO E DEL NEONATO

SOTTO IL PUNTO DI VISTA OSTETRICO E MEDICO-LEGALE

STUDIO

DEL

Dott. ALESSANDRO CUZZI

MEDICO 1.° ASSISTENTE NELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

(*Continuazione e fine*).

Bayard per il primo ha parlato delle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche (1). Egli le vide la prima volta nel 1844 sui polmoni di un neonato morto per soffocazione, e tre anni dopo ne constatava di nuovo la presenza nei cadaveri di bambini da poco venuti alla luce e morti per occlusione completa od incompleta delle vie respiratorie. Ne diede anche una descrizione sommaria, nella quale le dice di forma rotondeggiante, a guisa di piccoli punti disseminati qua e là alla superficie del viscere, sul quale riposano. A ragione quindi gli autori tedeschi chiamano le ecchimosi sottopleurali *macchie ecchimotiche del Bayard.* Il Bayard però non ha insistito a lungo su questa lesione anatomo-patologica e non le attribuisce una grande importanza medico-legale.

Il Tardieu poco tempo dopo coll'autorità scientifica del suo nome attirava l'attenzione di tutto il mondo medico-legale sulle

(1) Bayard. Manuel pratiq. de Med. Leg. Paris 1844.

ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche, interpretandone in parte in modo erroneo la genesi di produzione, ed esagerandone di molto il valore. Le descrisse come: « piccole macchie di un rosso intenso, quasi nero, di dimensioni, sui polmoni di neonato, varianti dalla grandezza di una testa di spillo a quella di una piccola lente. » Secondo il suo modo di vedere sarebbero una lesione *irrevocabile* della morte per soffocazione, e siccome mancherebbero negli altri modi di morte per asfissia meccanica (annegamento, strangolazione, appiccamento) costituirebbero in certo qual modo un segno patognomonico di questo genere di crimini (1). Quantunque sia specialmente nella pratica dell'infanticidio, che si incontrano di preferenza le morti per asfissia da soffocazione, si possono però verificare anche nell'adulto; in quest'ultima evenienza avrebbero le lesioni anatomo-patologiche in discorso un'importanza, di cui non se ne potrebbe disconoscere la portata, se fossero esatte le vedute del Tardieu. Difatti sarebbero preziosi indizi in certi crimini, nei quali gli assassini, dopo aver soffocato le loro vittime, le appendono con una corda stretta al collo per far credere ad un suicidio, ed in tal modo ingannare la giustizia e nascondere le traccie del delitto commesso.

Non si può negare che realmente le ecchimosi sottopleuriche e sottopericardiche nell'asfissia da soffocazione, cioè prodotta coll'impedire l'accesso dell'aria alle vie aeree turando la bocca e le aperture nasali, siano una delle lesioni più frequenti e più costanti. Le autopsie eseguite nelle contingenze delittuose di simil genere e le prove sperimentali fatte su animali sono là per dimostrare questo fatto. Grosclaude, ad esempio, in un lavoro, che ha visto da poco tempo la luce, asserisce che in tre esperienze fatte su cani, nei quali produsse la morte in cinque minuti primi allo incirca, coll'applicare sulle narici e sulla bocca una maschera di pece, vide sempre le macchie sottopleurali più

(1) Tardieu. Etude medico-legale sur la pendaison, la strangulation, ecc. Paris 1870.

o meno abbondanti, ed in una prova anche le sottopericardiche (1). Legroux rinveniva pure le ecchimosi del Bayard negli animali soffocati pressochè nello stesso modo, cioè coll' otturamento delle vie aeree (2). Gli annali della scienza medico-legale sono ricchi di perizie riguardanti crimini, nei quali la morte venne provocata mediante la soffocazione; fra le note anatomo-patologiche in esse esposte figurano appunto le ecchimosi sottopleurali. Non credo quindi opportuno l' insistere di più su questo punto.

Se però non si può negare che in questa fattispecie di asfissia meccanica le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche siano frequentissime, non si può tuttavia ammettere che debbano figurare in una maniera *implacabilmente* costante. Difatti si conoscono dei casi nei quali facevano completamente difetto. Ad esempio Macdonald sul cadavere di un neonato trovato in un magazzino di carbone, e nel quale la morte era stata prodotta colla soffocazione, malgrado un accurato esame non riusciva a constatare alcuna macchia ecchimotica sottosierosa nella cavità toracica (3). Il concetto del Tardieu sul valore medico-legale delle ecchimosi sottopleuriche apparirebbe di già da questo semplice fatto non assolutamente esatto. Pare però che l' asfissia nel fatto riferito dal Macdonald non siasi prodotta molto rapidamente.

Ma non solo questa esattezza zoppica riguardo alla costante presenza delle ecchimosi nella morte per soffocazione, ma anche per quanto spetta alla causa generatrice. Il dott. Faure fino dal 1856 aveva portato innanzi dei fatti sperimentali, i quali venivano a provare come la strangolazione, l' appiccamento e l'annegamento fossero capaci di produrre le ecchimosi del Bayard. Le prove sperimentali in proposito sarebbero le seguenti:

(1) Grosclaude. De la valeur medico-legale des ecchymoses sous-pleurales, 1877. Thèse de Paris, N.° 348.

(2) Legroux, loc. cit.

(3) K. N. Macdonald. Case of infanticide by asphysia in which the four cavities of the heart were empty. Edim. Med. Jour. juillies 1877.

1.° *Strangolazione.* — Un tubo di caoutchouch è fissato nella trachea di un cane; si fa soccombere l' animale restringendo progressivamente il lume del tubo.

All'autopsia si constata che il sangue è fluido e nero, e che i bronchi sono riempiti di schiuma fina qua e là mescolata con sangue.

Sui polmoni, che sono pallidi, si trovano delle macchie nere circondate da un' areola rossa e colle dimensioni che variano da quelle di un pezzo da venti centesimi ad una moneta da 5 lire. Esse occupano i bordi superiori e le superficie vicine dei lobi polmonari.

Altre volte queste ecchimosi sono rosee o rosso-brune ed hanno forma molto simile ad un'eruzione vaiuolosa.

2.° *Appiccamento.* — Autopsia di cani appiccati.

Il sangue è fluido, e raramente si trovano coaguli nel cuore.

I polmoni sono di un rosso chiaro e pallido, e macchie ecchimotiche di dimensioni e di colorazione variabile si veggono alla loro superficie. Le medesime si presentano ora sotto forma di placche rosso-ciliegia, ora sotto quella di spandimenti nerastri resiedenti sotto la pleura e alquanto salienti sulla superficie della sierosa. Frequentemente si incontrano piccole macchie larghe come una lente od un grano di canape.

3.° *Annegamento.* — Autopsia di un giovine cane annegato lentamente.

Polmoni voluminosi e crepitanti; hanno colore grigio roseo, ed in certe località presentano sotto la sierosa macchie di un rosso-ciliegia, delle quali alcune abbastanza chiare, altre colorate intensamente, separate da spazi molto più chiari, in corrispondenza dei quali il viscere ha conservato il suo aspetto normale (1).

Davanti a questi e ad altri fatti raccolti successivamente più

(1) Vedi Arch. gen. de med. 1856, ed il bel riassunto dei lavori sulle ecchimosi sottopleuriche del dott. Cliquet, dal titolo: Des ecchymoses sous-pleurales, de leur existence dans un grand nombre de morts violentes. — Tribune Medicale, 1878.

tardi, la teoria del Tardieu sulle ecchimosi sottopleuriche andò sempre più perdendo terreno. Tenneson in una perizia medico-legale riguardante un giovinetto di 13 anni, stato trovato morto, in atteggiamento assiso, vicino ad un muro, colla corda al collo fissata a m. 1,20 dal suolo, e nel quale l' autopsia mostrava l'esistenza di una ecchimosi sottopleurica della dimensione di 3 millim. di larghezza su 5 millim. di altezza, invitava la Società di Medicina Legale di Parigi nella seduta del 9 marzo 1874 a nominare una Commissione col còmpito di studiare la seguente questione: *« valore e significato in medicina legale delle ecchimosi sottopleuriche »*. Giustificava questo suo invito col riferire la circostanza, che nel caso in questione si sospettava essere stata la vittima assassinata da una zia, la quale dopo il delitto aveva messo il nipote nell'atteggiamento sopradescritto e con una corda al collo appunto per nascondere il proprio delitto e simulare un suicidio (1).

Legroux, membro della Commissione in una elaborata Memoria letta in seno alla Società stessa nel 1878 veniva a conchiudere essere le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche una lesione comune e frequente; ma comune e frequente nei casi di morte violenta, sia spontanea, sia provocata. Questo carattere anatomo-patologico, a suo parere, costituirebbe quindi un segno caratteristico di questo genere di morte e si dovrebbe perciò considerare come un semplice indizio rivelatore di una morte rapida che sorprende l'organismo in stato normale, od almeno in apparenza tale (2). Questa conclusione si può in gran parte accettare perchè largamente comprovata dai fatti sperimentali e da cliniche osservazioni.

Le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche sono adunque una lesione anatomo-patologica che si può rinvenire nei casi più disparati tanto nell'adulto quanto nel feto e nel neonato.

(1) Tenneson. Sur un cas de pendaison. Ann. d'Hyg. pubbl. et med. leg., 1874, Serie 2, pag. 161.

(2) Legroux. Loc. cit.

È bene però, per saperne interpretare a dovere la patogenesi e il valore medico-legale, aver presente alla mente le diverse forme cliniche nelle quali si possono incontrare. Credo utile, per guadagnare di precisione, farne l'enumerazione dapprima nell'adulto e poi nel feto e nel neonato.

Nell'adulto diverse malattie, certi generi di avvelenamento e molte morti violente concorrono insieme a costituire l'eziologia delle ecchimosi del Bayard.

Riguardo alle malattie hanno un posto importante le forme infettive, che agiscono in modo molto complesso alterando la crasi sanguigna, indebolendo le pareti vasali, determinando congestioni viscerali, indebolendo la forza del cuore, ecc.

Lebert nel tifo ricorrente ha notato la presenza di piccoli stravasi di sangue nelle membrane sierose; nella tifoide biliosa vide petecchie ed ecchimosi, tanto allo esterno quanto allo interno delle sierose e delle mucose; e dice da ultimo che nel tifo esantematico non sono rare le ecchimosi sulle sierose (1).

Nel cholera, sempre secondo lo stesso autore, l'epicardio è sede di molte ecchimosi, più abbondanti alla base ed alla regione posteriore, raramente si veggono nel foglietto parietale; sono della grandezza di una lente e si veggono disseminate ovvero a gruppi. Inoltre le ecchimosi della mucosa polmonare non sono rare, ma più frequentemente e più numerose si trovano alla superficie polmonare (2).

Liebermeister dice che nella peste trovansi frequenti le ecchimosi nelle sierose (3).

Haenisch asserisce che nella febbre gialla si incontrano ecchimosi sulle pleure (4).

Oertel segnala nella difterite epidemica la presenza di piccole emorragie nelle lamine parietale e viscerale del pericardio

(1) Lebert, nell'Enciclop. Med. di Ziemssen. Articoli: tifo ricorrente, tifoide biliosa e tifo esantematico. Vol. 2.°, parte 1.ª, pag. 232, 242 e 271.

(2) Lebert, loc. cit. Art. Cholera, pag. 247.

(3) Liebermeister, loc. cit. Articolo: peste, pag. 832.

(4) Haenisch, loc. cit. Art.: febbre gialla, pag. 402.

grandi da una testa di spillo ad una piccola lente, per lo più isolate, raramente riunite in gruppo (1).

Il prof. Bizzozero nei casi di difterite settica ha trovato: « emorragie sottopleuriche o del parenchima, ed isole di pneumonite con essudato catarrale o fibroso (per continuazione della essudazione dei piccoli bronchi) commisto a molti globuli sanguigni rossi (2).

Curschmann, parlando del vajuolo, dice che il *vero vajuolo delle membrane sierose* costituisce una favola dei tempi passati; invece in tali località sono estremamente frequenti le iperemie, le infiammazioni e le emorragie; un sito prediletto al riguardo è la pleura. Nelle forme emorragiche del processo vajoloso si incontrano sulle membrane sierose numerose petecchie (3).

Ziemssen nella meningite cerebro-spinale epidemica vide con una certa frequenza la pleura ed il pericardio sparso di ecchimosi (4).

A proposito del morbillo, curioso è il reperto incontrato in quattro casi da Stiebel. Egli parla di macchie rosse sulla pleura polmonare di individui morti per morbillo, macchie che si incontrano tanto dall'uno che dall'altro lato, sì in avanti che allo indietro, tonde, isolate in parte, in parte a gruppi, però giammai confluenti o molto fitte, le quali giacevano ben delimitate al disotto della pleura ed insufflando i polmoni non si mutavano; offrivano un aspetto simile a stravaso, ed erano in parte circondate da fascetti vascolari, distinguendosi però esattamente dagli stravasi (5). Ho creduto interessante riferire in extenso

(1) Oertel. Art.: Difteria epidemica, nell'Enciclop. Med. di Ziemssen. Vol. 2.° parte 1.ª, pag. 511.

(2) Bizzozero. Croup e difterite. Lezione fatta il 21 Febb. 1875 nell'anfiteatro anatomico di Torino, pag. 20.

(3) Curschmann. Art.: Vajuolo, nella Enciclop. Med. di Ziemssen. Vol. 2.°, parte 2.ª, pag. 314.

(4) Ziemssen. Art.: Meningite cerebro-spinale epidemica, dell'Enciclopedia Medica. Vol. 2.°, parte 2.ª, pag. 566.

(5) Thomas. Art.: Morbillo, nell'Enciclop. Med. di Ziemssen. Vol. 2.°, parte 2.ª, pag. 61.

questo processo appunto perchè si incontra di preferenza nei soggetti giovani, dove il morbillo fa maggiore numero di vittime.

Anche il tifo addominale può avere segnata la sua anatomia patologica dalle ecchimosi del Bayard; lo stesso dicasi di tutte le forme morbose a tendenza emorragica, come la purpura, lo scorbuto, l'emofilía, ecc.

Vennero pure constatate nella piemia e setticemia. A proposito della setticemia puerperale, D'Espine avrebbe trovato piccole ecchimosi sottopleurali e qualche volta anche piccoli focolaj apoplettici nella sostanza tubolosa del rene e nello strato sottomucoso dell'intestino (1).

Duguet le vide anche nella bronco-polmonite insorta durante una tosse ferina.

Mi ricordo di avere nello scorso anno sezionato un bambino morto per bronco-pneumonia nel Comparto *Esposti* dell'Ospizio provinciale di S. Caterina in Milano, sotto le pleure viscerali del quale distinte si osservavano tre a quattro macchie ecchimotiche. Nel resto dell'autopsia nulla di interessante pel nostro argomento.

Brouardel trovò le ecchimosi in un individuo affetto da tubercolosi e morto rapidamente per probabile coagulo formatosi nel cuore.

Al dire di Cornil e Ranvier allorquando la congestione polmonare è assai intensa, e che avvi dispnea, si tratti di una malattia di cuore o di polmone, o di asfissia dovuta a qualunque altra causa (malattie della trachea, del laringe, annegamento, strangolazione, ecc.) si trova alla superficie della pleura *parietale* piccole ecchimosi *puntiformi*, del diametro di uno a più millimetri. Aggiungono i medesimi autori essere raro che nelle autopsie di malati morti per cardiopatie, o con un enfisema ed una dispnea intensa non si trovino disseminate sulla pleura

(1) D'Espine. Contribution a l'étude de la septicemie puerperale. These de Paris, 1872, pag. 104.

viscerale numerose piccole ecchimosi, delle quali alcune rosse e recenti, altre rosso-scure, brune, nere od ardesiache (1). A parte quanto si riferisce alla sede delle ecchimosi, si può accettare completamente quello che i due istologhi francesi dicono in riassunto riguardo ad alcune delle cause determinanti queste alterazioni anatomo-patologiche.

Legroux crede di essere nel vero asserendo che le ecchimosi sottosierose del cavo toracico si incontrano di preferenza nelle affezioni a rapido decorso e che in certo qual modo si presentano con un carattere di sorpresa, come le malattie convulsive, l'eclampsia, il tetano, ecc. Invece più raramente si vedrebbero in quelle forme morbose nelle quali i disturbi del circolo cardiopolmonare si mostrano senza scosse, progressivamente, perchè più difficilmente riescono a rompere le pareti vasali. In questo novero sarebbero da ascriversi la bronchite capillare, l' asma, la pleurite, mentre l' apoplessia, che ha appunto carattere di sorpresa, dà luogo certe volte alle ecchimosi di Bayard.

Negli avvelenamenti le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiache si incontrano pure qualche volta; non però in tutti gli avvelenamenti, ma solo in quelli prodotti da certe sostanze. Non credo opportuno passare in rassegna tutti i generi di avvelenamento, nei quali all'autopsia si incontrano le macchie ecchimotiche; basta al mio scopo accennare a qualcuno dei più importanti.

L' autopsia di persone morte per avvelenamento arsenicale ha messo in sodo l'esistenza di ecchimosi sotto le pleure e sotto il pericardio. Nel quadro sintomatologico breve e preciso tracciato dalla mano maestra dell'Orfila (2) si trovano notati fra gli altri fenomeni l'ansietà e la respirazione frequente e difficile, il che si mostra in modo veramente rimarchevole nella storia clinica del prigioniero Soufflard (*l. c.*, *Osservaz.* 8.ª; p. 319) e che può fino ad un certo punto essere utile per la genesi

(1) Cornil et Ranvier. Manuel d'Histologie patologique. Paris, 1869, pag. 734.
(2) Orfila. Traité de Toxicologie, tom. 1, pag 341. Paris, 1843.

delle ecchimosi. Ma a proposito del reperto cadaverico, in nessun punto si accenna all'esistenza di ecchimosi sottopleuriche che fino allora non erano entrate nel dominio della patologia. Se consultiamo invece autori più recenti le vediamo notate in modo indiscutibile: così il Naunyn dice che negli avvelenamenti acuti trovansi ecchimosi nell'endocardio e nel pericardio (1). Non bisogna però credere la loro presenza costante; in un caso che ha fatto qualche rumore, *l'affare Danval,* nel quale appunto si conchiuse ad un avvelenamento da arsenico prodotto però con dosi piccole e ripetute, non furono riscontrate. E possiamo essere tranquilli del modo con cui venne condotta l'autopsia, perchè nella perizia figuravano nomi di uomini competentissimi nella pratica forense, come Bergeron, Delens, l'Hote, Bouis, Gallard (2).

Anche nell'avvelenamento da fosforo non è difficile incontrarsi nelle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiache. Il Naunyn nel darne il reperto cadaverico si esprime chiaramente in questo senso. Dice infatti che si trovano « al pericardio ed all'endocardio ecchimosi... Ai polmoni nulla di speciale, salvo ecchimosi bronchiali e pleurali » (3).

In un caso di avvelenamento da acido solforico il prof. Giovanardi, dell'Università di Modena, trovò numerose ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche. Pare però che la morte fosse avvenuta col meccanesimo dell'asfissia per soffocazione dovuto alle alterazioni delle prime vie respiratorie determinate dal contatto della sostanza venefica (4).

Il mercurio è pure uno degli agenti farmaceutici, che usati a dose velenosa, presentano un'anatomia patologica contrassegnata da ecchimosi sottosierose del cavo toracico. Heraud appunto,

(1) Naunyn. Enciclop. med. di Ziemssen, art. Avvelenamento da arsenico. Vol. XV, pag. 261.

(2) Ann. d'Hygien. et med. leg., luglio, 1878.

(3) Naunyn. Enciclop. med. di Ziemssen, art. Avvelenamento da fosforo. Volume XV, pag. 250.

(4) Spallanzani, giugno 1878.

parlando delle lesioni che l'autopsia rivela negli individui morti per avvelenamento dovuto a preparati mercuriali, dice che i polmoni sono congesti, e si trovano al cuore macchie ecchimotiche puntiformi sotto il pericardio, alla base dei grossi vasi e sotto l'endocardio (1).

Si poterono le macchie ecchimotiche constatare in certi *gravi traumatismi* che produssero una morte rapida (nello spazio di 8-15 minuti primi). Colpi di pietra sul capo, cadute da luoghi elevati, ecc., sono tutti traumatismi di questa categoria. Un qualche cosa di analogo alle ecchimosi che si producono con questo meccanismo lo troveremo anche nel feto sul quale si dovettero eseguire operazioni embriotomiche mentre era ancora vivente.

Ho già detto come negli *appiccamenti* furono fino dal 1856 constatate le ecchimosi sperimentalmente dal Faure, che appunto le vide prodursi nei cani appesi con una corda. Lacassagne in un buon libro di medicina legale, che vide la luce in questi ultimi tempi, e nel quale eleva dubbi sull'esattezza del valore delle ecchimosi sottopleurali ammesso dal Tardieu, riferisce un caso di appiccamento, quello del caporale Lepinasse, che venne trovato sospeso alla corda del suo letto di ospedale, e nel quale appunto l'autopsia rivelò l'esistenza delle ecchimosi di Bayard (2). Gallard nel 1875 in un suicidio per appiccamento trova pure le macchie ecchimotiche. Grosclaude nel suo lavoro già citato fa menzione di queste ecchimosi nei casi di appiccamento. Legroux nelle sue esperienze le trova in tutte le prove, fatto eccezione di un cane che moriva solo dopo lungo dibattersi. E le vide prodursi anche in quelli, nei quali era stata previamente fatta la puntura del 4.° ventricolo in corrispondenza dell' origine del pneumogastrico, che sappiamo dar luogo alla paralisi respiratoria.

(1) Heraud nel Nouv. Dict. de Med. et Chir. prat. del Jaccoud. Vol. XXII, art. mercure, pag. 377.

(2) Lacassagne. Traité de Med. legal.

La *strangolazione* è pure fattore fecondo di ecchimosi. Grosclaude si pronuncia in questo senso, come pure Legroux, che le produsse artificialmente serrando colle mani il collo agli animali. Lo stesso esperimentatore le vide facendo morire gli animali mediante l'allacciatura della trachea. In questi casi le ecchimosi si accompagnavano anche con enfisema lobulare, che era notevole, se la trachea veniva stretta dal filo dopo l'inspirazione e prima dell'espirazione; meno pronunciato, se la chiusura era fatta a cassa toracica nella posizione di riposo, cioè ad espirazione avvenuta e prima dell'inspirazione. Fra enfisema ed ecchimosi esisteva un rapporto inverso: più l'enfisema era notevole e meno numerose e più piccole erano le ecchimosi; ad enfisema poco accentuato si accompagnavano ecchimosi più grandi e più numerose.

Abbiamo veduto più sopra come nell'*annegamento* prodotto in modo lento il Faure abbia ottenuto ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche. Qualcuno ha dubitato della possibilità delle ecchimosi negli annegamenti avvenuti in questo modo, ma a torto. Grosclaude le trovò pure facendo annegare gli animali lentamente, ed in tal modo confermava i risultati ottenuti dal Faure. Bergeron e Montano (1) dicono che a torto si è voluto negare l'esistenza delle ecchimosi sottosierose toraciche in questa varietà di asfissie meccaniche. Nei numerosi casi, che ebbero agio di osservare, non solo ne constatarono la presenza, ma vollero perfino vedervi caratteri speciali, e le descrissero come macchie di forma regolare, di colore oscuro, di una tinta uniforme in tutta la loro superficie eccettuato sui bordi, ove sono meno colorate; la loro disposizione alla superficie del polmone è regolarmente confluente e danno a quest' organo un aspetto *tigré*. Questo aspetto speciale, dicono, è caratteristico dei casi, nei quali l'asfissia si è prodotta solo dopo che l'individuo ha respirato più volte alla superficie dell' acqua. Nelle loro esperienze invece le ecchimosi avrebbero fatto difetto nei

(1) Bergeron e Montano, loc. cit.

casi, nei quali l'annegamento avvenne in modo rapidissimo. Il numero e l'intensità del colorito delle ecchimosi si è mostrato costantemente in rapporto col vigore e colla durata degli sforzi fatti dall'animale per salvarsi.

Anche Girard nella morte per annegamento ha segnalato le macchie ecchimotiche del Bayard (1). Giovanardi in un caso di annegamento non criminoso, puramente accidentale, ha riscontrato numerose ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche (2).

In quelle poche linee di introduzione che ho messo in testa a questo lavoro, ho detto che la importanza medico-legale delle ecchimosi sottopleuriche e sottopericardiche era in buona parte dovuta agli indizi che le medesime ponno fornire negli infanticidii. Dice il Tardieu che la soffocazione è il genere di morte il più frequente e preferito in questi crimini. Il numero dei neonati estinti con tale specie di asfissia meccanica forma circa la metà dei casi nella estesa pratica forense del medico francese. La soffocazione può essere attuata con manovre diverse, sia per occlusione diretta e forzata delle vie aeree mediante l'applicazione della mano sulle narici e sulla bocca, o mediante l'introduzione di un tampone nella retrobocca, o colla compressione sufficientemente energica e prolungata delle pareti toraciche o addominali, o colla compressione della testa e parte superiore del tronco fra due guanciali, ecc. In tutti questi modi di asfissia da soffocazione, secondo il Tardieu, si incontrano sempre all'autopsia macchie ecchimotiche poco estese, disseminate alla superficie dei polmoni, del cuore, del timo e sotto il pericranio. Queste ecchimosi, stando ai suoi insegnamenti, sarebbero appunto il segno anatomico caratteristico della morte per soffocazione (3).

Chi accettasse alla lettera e ciecamente queste parole sarebbe

(1) Journal de med. de l'Isere 1876.

(2) Spallanzani, 1876, pag. 242.

(3) Tardieu. Art. Infanticide del Diction. de Med. et Chir. prat. del Jaccoud. Vol. 18, pag. 574. Paris 1874.

trascinato a deporre per un infanticidio in tutti i casi nei quali all'autopsia di feti o di neonati rinvenisse una ecchimosi del Bayard. Ed a seconda che i polmoni saranno stati visti distesi o no da aria, si conchiuderebbe che il crimine fu commesso dopo i primi vagiti, oppure prima che avesse il neonato avuto il tempo di respirare. E ciò sarebbe un grave errore. Liman, professore a Berlino, appoggiandosi alla sua esperienza, crede poter affermare che le ecchimosi non sono caratteristiche dell'asfissia violenta e criminosa, ma che si ponno incontrare nei neonati morti per asfissia dovuta a cause, che hanno agito e prima e dopo il parto; aggiunge di più che le medesime si ponno incontrare in circa quattro quinti dei neonati morti per asfissia. Le osservazioni cliniche da me raccolte ed esposte nella prima parte di questo lavoro ci vengono a dire come le ecchimosi possano prodursi nei feti ancora racchiusi nella cavità uterina, e che nati in stato di morte imminente ponno essere rianimati, respirare più o meno completamente, distendere di aria più o meno ampiamente gli alveoli polmonari e soccombere qualche tempo dopo; all'autopsia il medico incaricato di esaminare il cadavere si troverebbe esposto a conclusioni erronee coi criterii forniti dal Tardieu. Quindi, anche a costo di ripetermi, credo bene di fare per il feto e per il neonato quanto già ho fatto per l'adulto, cioè di ricordare le varie contingenze nelle quali si ponno incontrare le macchie ecchimotiche, perchè è utile che il medico-legista le abbia in modo esatto davanti alla mente.

L'*asfissia endouterina* che si produce in modo *rapido* tiene certamente il primo posto fra le cause produttrici di ecchimosi sottosierose endotoraciche. Aggiungo ad arte la qualifica: *in modo rapido*, perchè se l'asfissia si fa lentamente i precoci moti respiratori ponno mancare e le ecchimosi di naturale conseguenza fare difetto. Nel gruppo A delle mie osservazioni (*Feti morti in soprapparto e presentanti all'autopsia le ecchimosi sottopleuriche, sottopericardiche e timiche*) ne troviamo varie in cui si potè osservare l'asfissia endo-uterina acuta e le ecchi-

mosi all'esame cadaverico del feto; tali sono appunto le osservazioni: 1.ª: procidenza del funicolo e rottura precoce delle membrane; 2.ª: rottura precoce delle membrane; 3.ª: procidenza del funicolo; 4.ª: giri di cordone attorno al collo; 5.ª: procidenza del funicolo; 6.ª: segale cornuta in soprapparto e rottura precoce delle membrane; 7.ª: riduzione soverchia della superficie uterina destinata allo scambio placentale per parto podalico.

Desgranges in una memoria stampata nel 1867 su questo argomento riferisce di aver constatato le ecchimosi sottopleuriche e sottopericardiche in cadaveri di feti che non avevano respirato, e pei quali non si poteva nemmeno emettere il dubbio di manovre criminose.

Hoffmann constata le ecchimosi di Bayard in un feto morto in soprapparto e che aveva incompletamente respirato dopo la rottura delle membrane durante il meccanesimo dell'evoluzione spontanea (1).

Ho già fatto cenno del lavoro del Pinard intorno al tema che impresi a svolgere. Mi pare questo il luogo opportuno per parlarne un po' diffusamente. Le sue osservazioni cliniche sono divise in gruppi; i due primi gruppi sono composti di casi, che dimostrano, come l'interruzione del circolo cardio-placentare, tanto nel primo che nel secondo periodo del parto, dia luogo nel feto alle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche (2).

Non solo nei feti nati morti, o in stato di morte imminente e non rianimati, si ponno incontrare le ecchimosi di Bayard, ma anche in quei bambini, che nati in condizioni generali discrete, oppure in stato di morte imminente e rianimati, morirono poche ore dopo il parto. È sempre l'asfissia acuta endouterina il fattore genetico di questi versamenti sanguigni sottosierosi; asfissia acuta endouterina che era bensì sufficiente a provocare la pre-

(1) Revue des Scienc. Medical. di Hayem 1875.

(2) Pinard, Materiaux pour servir a l'histoire des ecchymoses sous-pleurales, pericardiques, ecc. Ann. d'Hygien. pubb. et med. leg. 1877, 2.ª serie, pag. 546.

matura respirazione endouterina, ma non a produrre la morte del feto, perchè natura od arte venivano a sospenderne i danni, o colla pronta espulsione od estrazione del prodotto del concepimento, o colla riduzione del funicolo prolabente, ecc. Nessuna meraviglia, poste le cose in questo modo, se l'autopsia dimostrerà i polmoni aerati e con ecchimosi alla loro superficie. Nella raccolta delle mie osservazioni il gruppo B (*Neonati morti da pochi minuti a poche ore dopo il parto e presentanti ecchimosi sottopleuriche e sottopericardiche*) contiene l'Osser. 10.ª in cui fuvvi minaccia di asfissia durante il parto: il bambino si potè rianimare, visse 36 ore e l'autopsia mostrava le ecchimosi. Ci conforta nel concetto di mettere queste ecchimosi sul conto dei precoci moti respiratori provocati da asfissia acuta endouterina, quantunque la causa dell'asfissia non sia ben netta, il fatto dell'aver constatato mucosità nella bocca, ecc.

Il Pinard possiede pure osservazioni riguardanti neonati che soffersero durante il secondo periodo del parto per lunghezza eccessiva di travaglio e difficoltà nell'espulsione, e che venuti alla luce vivi morirono da qualche ora a qualche giorno dopo la nascita, e all'esame necroscopico apparvero con polmoni distesi da aria e con ecchimosi sottosierose endotoraciche.

Amo qui far rilevare come non sempre i precoci moti respiratori riescano a generare le ecchimosi sottopleurali. In certe peculiari contingenze noi difatti possiamo vedere il feto eseguire precoci moti respiratori, mentre poi all'autopsia mancano le macchie ecchimotiche. Un esempio di questo genere è dato dall'osservazione 18.ª (appartenente al gruppo *C* riguardante *feti o neonati morti durante e dopo il parto e non presentanti all'autopsia ecchimosi sottopleuriche, sottopericardiche*, ecc.) della mia raccolta, nella quale il feto in seguito a rivolgimento, estratto in presentazione podalica, eseguiva, e ciò si potè constatare *de visu*, movimenti respiratori ad addome fuoriuscito dai genitali, ma a torace ancora contenuto nelle parti; asfittico, non si potè rianimare e alla necroscopia si videro far difetto le ecchimosi. Mi pare che questo

fatto si possa spiegare colla circostanza, che i movimenti respiratori furono eseguiti a torace ancora trattenuto nel canale genitale; questo, addossato alla cassa toracica, non permise una buona dilatazione malgrado l'azione energica dei muscoli inspiratori, donde mancanza di vuoto pleurico, o vuoto pleurico poco notevole, leggera aspirazione di sangue verso il polmone, vasi polmonari poco distesi, tensione endovasale poco pronunciata, nessuna rottura delle pareti, nessun stravaso sanguigno, nessuna ecchimosi sottosierosa. Ho voluto ricordare questa osservazione clinica, perchè ciò potrebbe spiegarci come in certi casi di infanticidio, commesso colla compressione delle pareti toraciche ed addominali, le ecchimosi possano ragionevolmente mancare.

Se in qualche esempio di asfissia acuta endouterina non esistono ecchimosi, la clinica offre alcuni casi (*certi traumatismi speciali*), nei quali la asfissia non ha nulla a che fare, e che pur tuttavia si presentano con un' anatomia patologica controssegnata da tali lesioni. Il quarto gruppo delle osservazioni contenute nel lavoro del Pinard ci dice, che in quattro casi di craniotomia e cefalotrissia a feto vivente eseguite dal Depaul e dal Tarnier fu notato la presenza delle ecchimosi del Bayard. Nelle mie osservazioni se ne trova una, la 8.ª (gruppo A), nella quale si trovarono ecchimosi sottopleuriche spiegabili solo coll'azione del sistema nervoso messo in giuoco dai gravi traumatismi portati sulla testa fetale (compressione colle branche del forcipe, craniotomia), in seguito ai quali il feto moriva.

Talaltra volta sono *malattie infettive* che producendo uno stato dissolutivo del sangue, ed indebolendo le pareti vasali, già poco resistenti nel feto, per difetto di nutrizione, danno la spiega dell'origine delle macchie ecchimotiche. La osservazione 9.ª (gruppo B) della mia raccolta ne fornisce un curioso ed interessante esemplare.

Sonvi poi dei casi, in cui il fattore determinante le ecchimosi sottosierose endotoraciche si deve ricercare in certe forme

morbose, che alterano l'organo del respiro in modo da sopprimere una vasta superficie respiratoria, il che dà luogo a dispnea, e togliere al polmone la elasticità necessaria per seguire l' espansione toracica. Si comprende come per queste condizioni speciali si formi il vuoto pleurico, e si generino le ecchimosi. In una delle osservazioni riferite nel corso del lavoro, riguardante un bambino del comparto Esposti dell'Ospizio di S. Caterina, diretto dal dott. Casati, le cose avvennero appunto in questo modo.

Da ultimo la *causa è talora ignota*, e non sappiamo trovare il fattore od i fattori genetici delle ecchimosi. Ci troviamo in questo caso nell'esame dell'osservazione 11.ª e 12.ª (gruppo B). Potrebbe anche darsi che certe circostanze speciali del soprapparto o di quei brevi momenti di vita extrauterina, di cui fruirono i bambini, e colle quali si potrebbe giungere ad una spiegazione soddisfacente, ci siano sfuggite, o per difetto di osservazione, o perchè i fenomeni, a cui diedero luogo, erano pochissimo rilevanti.

Agli ostetrici è abbastanza famigliare la cognizione, che l'asfissia endouterina sia capace di produrre le macchie ecchimotiche sottopleurali e sottopericardiche. Uno dei manuali di Ostetricia, giustamente stimato, e che corre con una certa frequenza fra le mani degli studiosi è quello dello Schröder. A proposito del nostro argomento vi troviamo espressi concetti perfettamente consoni con quanto noi abbiamo sì a lungo esposto. Difatti si dice che in seguito ai precoci moti respiratori eseguiti dal feto durante la vita intrauterina, non potendo gli alveoli polmonari distendersi per mancanza di aria, la dilatazione toracica aspira il sangue nelle branche dell'arteria polmonare, che si riempiono oltre misura; i capillari ponno rompersi, ed il sangue stravasato forma ciò che si chiama *ecchimosi di Bayard* (1).

Anche in trattati che hanno visto la luce da più lungo tempo,

(1) Schröder. Manuel d'accouchements. Trad. Charpentier, pap. 642.

e che sono consultati con qualche amore dagli ostetrici italiani, si trovano dei cenni sulle ecchimosi sottosierose endotoraciche. Il Braun, ad esempio, dice che i reperti anatomici più costanti nella morte *apparente* dei neonati sono costituiti da raccolte di sangue fluido nella cavità dell'aracnoide e dalle ecchimosi nella maggior parte degli organi. Si appoggia nell'estrinsecare questo modo di vedere non solo a proprie osservazioni, ma anche alle ricerche di Denis, Valleix, Cruveilhier, Virchow e Cazeaux. Aggiunge, a maggior schiarimento, che le cause speciali della morte apparente dei neonati, che finiscono col produrre la morte per soffocazione, fanno riscontrare alla sezione iperemie e focolai apoplettici nel sacco dell'aracnoide, sugellazioni petecchiali sotto la pleura polmonare, sull'aorta, e specialmente sulla superficie del cuore (1).

Parrebbe adunque che in Ostetricia la questione del valore delle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche fosse di già giudicata mentre in Medicina Legale fervida si agitava la lotta. Tanto è vero che chi si trova alla portata di raccogliere il materiale necessario per lo studio di un dato argomento ne diventa il giudice più autorevole. Mi sembra potersi conchiudere, che dal punto di vista della dottrina dell'infanticidio le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche non devono avere quel valore assoluto, netto, reciso, che loro venne attribuito dal Tardieu, non potendosi ritenerle come nota anatomo-patologica caratteristica ed esclusiva della morte per soffocazione. In modo generale diremo che il vero posto delle ecchimosi sottosierose endotoraciche in Medicina Legale è segnato dall'analisi minuziosa, accurata e diligente delle diverse circostanze, nelle quali incominciò, si svolse, o terminò il fatto in questione di esame.

In un altro mio scritto (2) parlando delle ecchimosi di Ba-

(1) Braun C. Trattato completo di Ostetricia, traduz. Lepidi e Filippone, Napoli, 1869. — Parte 1.ª, pag. 299.

(2) Cuzzi. Ostetricia Legale, contribuzione alla dottrina dell'infanticidio. Gazz. delle Clin. 1877.

yard ho detto che dovevano essere considerate come un segno prezioso nelle morti per soffocazione, ed ho riferito un caso nel quale la loro presenza ci portava a conchiudere ad un crimine di infanticidio. Ciò a tutta prima parrebbe in contraddizione con quanto or ora ho detto intorno al loro valore medico legale; pur tuttavia nel caso in questione permettevano appunto tale deduzione. Mi sia permesso di ricordare quel fatto.

Clinica Ostetrica di Torino, N. 143 del 1877. — Donna robusta di 34 anni, pluripara, ben conformata. L'ultima gravidanza 10 anni prima, parto a termine il 16 maggio, ore 7 ant., di feto vivo, ben conformato, di sesso maschile, peso gr. 1920, lunghezza cent. 50, superiore 27, Bp. 90, Bm. 73. La mattina del 18 maggio la levatrice della Clinica riferisce che il bambino venne trovato morto nella sua culla posta vicino alla madre, coricata sola in una camera a due letti. La madre è affetta da flebite alle safene, fisionomia oltremodo spaventata, di tanto in tanto un po' di delirio. Da quanto dice durante il delirio nella giornata si sospetta che abbia soffocato il proprio bambino. Muore in 5.ª giornata di puerperio. Si pratica dal prof. Tibone e da me una diligente autopsia del bimbo per poter fare un'apposita relazione se la donna fosse scampata all'affezione puerperale, da cui venne colpita. Si può riassumere nel seguente modo: nessuna traccia di violenza nell' abito esterno, naso non alterato nella sua forma, nè nella sua direzione, iniettate le meningi, polmoni iperemici, crepitanti, galleggianti nell'acqua, diverse ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche di varia grandezza. Nel resto nulla di notevole.

In questo caso il perito si è trovato in condizioni favorevolissime per poter valutare la portata delle ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche. Difatti si è seguito passo passo l'andamento del sopraparto e collo stetoscopio alla mano; si è potuto valutare la durata dei diversi periodi del parto, che sotto ogni rapporto fu fisiologico, e constatare le condizioni in cui si trovava il bambino appena venuto alla luce. In via di esclusione

passando in rivista i fattori capaci di produrre le ecchimosi sottosierose endotoraciche, si è obbligati ad ammettere quella che ci veniva indicata dalle parole dette dalla madre durante il delirio. Difatti non esisteva la compressione del funicolo ombelicale, che avviene di spesso nelle procidenze, negli attorcigliamenti attorno alle parti del feto, nelle viziature pelviche, presentazioni trasversali e podaliche; non il distacco prematuro della placenta che talvolta fa soccombere il feto di emorragia, talvolta invece di asfissia per impedita ossidazione del sangue fetale; non il disordine della circolazione placentare per contrazione dell'utero, come nel tetano dell'utero, lunghezza eccessiva di sopraparto dopo la rottura delle membrane e scolo abbondante di liquido amniotico, dopo poco giustificata amministrazione di segale cornuta, ecc. E come controllo della mancanza di queste cause, che fanno soffrire il feto, avevamo il battito cardiaco regolare, il liquido amniotico non tinto di meconio, ecc. Inoltre non avevamo i traumatismi gravi sul capo fetale, la compressione od il dislocamento delle ossa del cranio, perchè il bacino era normale e perchè non venne eseguito alcun atto operativo; non ostruzione delle vie aeree mediante mucosità, lembi di membrane, liquido amniotico, perchè il bambino appena nato respirò liberamente; non vizi di conformazione o affezioni dei polmoni del feto che, mentre i muscoli inspiratori agiscono e producono la dilatazione toracica, impediscono l' entrata dell' aria nell' albero respiratorio, o rendono impossibile l' espansione polmonare; non debolezza congenita o prematuranza che sappiamo qualche volta dar luogo alle ecchimosi, senza che sia possibile darne finora una spiegazione soddisfacente, spiegazione che alcuni vorrebbero trovare nella depressione della glottide e dei tubi aerei per la pressione atmosferica (Braun), altri nella debolezza dei muscoli respiratori, ecc.

Era quindi giuocoforza per la genesi delle macchie ecchimotiche soffermarsi su di un ostacolo meccanico alla respirazione, che diede luogo alla morte per asfissia. Ed era ovvio pensare,

stando alle circostanze in cui si svolse il fatto, ad un ostacolo non accidentale, ma criminoso. Crediamo ancora oggidì di essere nel vero mantenendo le conclusioni fatte allora.

Esistono adunque fatti speciali nei quali le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche devono godere di un non indifferente valore. Quindi se la scuola del Tardieu deve inchinare il capo davanti ai nuovi acquisti della scienza, e togliere alle ecchimosi quel carattere di assoluta certezza, che può condurre il perito ad errare, non credo però che tutto l'edificio scientifico, da essa innalzato, debba essere distrutto. Si tratta solo di correggere e modificare. Se si esigessero dalle prove medico-legali criterii di assoluta certezza, ben poche resisterebbero al dente della critica. La stessa docimasia idrostatica polmonare dovrebbe mettersi fra le cose vecchie ed inutili dal momento che è provato potere il feto nella cavità uterina respirare aria atmosferica, e di necessaria conseguenza nascere morto con gli alveoli polmonari più o meno distesi. Altri fatti pare che tendano a rendere ancora più incerta questa prova, che pur tuttavia è sempre una delle più importanti della medicina forense. Nel leggere il lavoro del Tamassia sulla morte nel vuoto ho trovato che Erman e Krahmer sembra abbiano provato, che polmoni di coniglio già distesi da pregressa respirazione, tolti dal torace e sospesi per la trachea, possono in grazia della loro elasticità espellere tutta l'aria contenuta negli alveoli e ritornare allo stato fetale; il che avrebbe fino ad un certo punto riscontro nell'asserzione di Hoffmann, che vuole potere i polmoni solo insufflati ritornare per la loro elasticità atelectasici. Dobbiamo però aggiungere, che Liman non crede ad un completo svuotamento delle vescicole polmonari, ma solo ad un parziale avvizzimento. Comunque siasi, tutto questo concorre ad imprimere un carattere di incertezza alla docimasia idrostatica polmonare, carattere del quale prima di questi studi era sfornita. Sarebbe bene appurare la cosa in modo completo.

Riteniamo quindi che, se alle ecchimosi sottosierose della ca-

vità toracica non conviene l'assolutismo e la certezza ammessa dal Tardieu, esse in certi casi ponno rendere ancora veri servigi. Questo tramutarsi di opinioni fa perdere alla medicina legale un'altra nozione peritica, riguardo alla quale essa credeva di poter camminare con passo sicuro. Più una scienza si perfeziona e più le sue applicazioni diventano positive. Per certe prove peritiche medico-legali succede invece l'opposto; pare quindi a tutta prima che tale concetto non si debba applicare, come fa osservare il dott. Marc (1), alla medicina forense. Quantunque dal quadro delle prove peritiche *certe*, o supposte tali, ci troviamo costretti a togliere le ecchimosi sottopleurali e sottopericardiche, che devono godere soltanto di un *valore relativo*, consoliamoci che perdiamo solo una *pretesa* prova certa, e che non ci troveremo esposti a deporre per un reato, che non esiste, facendo a fidanza con essa. Crediamo anche noi che in tal modo si rende forse facile al crimine di nascondersi sotto l'egida della medicina legale; ma è meglio che si salvi un reo che condannare un innocente.

Dalla Scuola Clinico-Ostetrica di Milano, gennajo 1879.

(1) Marc. Art.: Infanticide, nel Dict. des Scienc. Med. Bruxelles, 1838, tom. VIII, pag. 256.

Istituto Ostetrico di Torino

INFLUENZA DELLA GRAVIDANZA SULL'ORGANO DEL RESPIRO

IN CONDIZIONI FISIOLOGICHE E PATOLOGICHE

STUDIATA SPERIMENTALMENTE E CLINICAMENTE

DAL

DOTT. LIBERO BERGESIO

Medico primo Assistente

(*Continuazione e fine*).

Influenza della gravidanza, parto e puerperio, sul decorso ed esito della tubercolosi polmonare e polmonite lenta caseosa. — Come già scrissi, tutti i clinici non sono d'accordo sull'assoluta divisione di queste due affezioni. Tra i primi il Niemeyer studiò e stabilì il vario modo di comportarsi delle due affezioni in discorso, stabilendo criterii patogenici diversi, criterii che trovano pure la loro sanzione al tavolo necroscopico, nel vario modo di alterarsi del parenchima polmonare, secondo l'invasione e la prevalenza di queste due malattie. Ho detto pensatamente prevalenza, perchè raramente è dato di trovare la polmonite lenta, genuina trasformarsi in degenerazione caseosa, senza che qualche nodulo tubercolare pure si trovi. Il più delle volte queste malattie si complicano.

I clinici prima del Niemeyer, e parte ancora degli odierni, fondandosi precisamente su questi dati necroscopici, non ammisero la differenza assoluta ed il punto sicuro di partenza tra queste due trasformazioni patologiche dei tessuti polmonari. Essi compresero e comprendono sotto il nome complessivo di affe-

zioni lente polmonari tubercolotiche, non solo le affezioni ove regna sovrano il tubercolo nei varii suoi stadii, ma pure le altre condizioni in cui quest'elemento è in deficienza e si ha in assoluta prevalenza il caseoso.

Si creò così un unicismo ed un dualismo in questo campo, che però servì ad illuminare i varii casi di guarigioni ottenute di tubercolosi polmonari, che, secondo il Niemeyer, facilmente si spiegherebbero ammettendo la divisione anatomo-patologica e ponendo questi felici esiti a carico della polmonite caseosa e non della tubercolare. Coi dualisti il campo della terapeutica è meglio rischiarato, così pure più bene delineati gli elementi della prognosi.

La questione, anzi il nodo di questa, sta nella sintomatologia. Se il punto di partenza può essere diverso, e quindi alcunchè si può dedurre dall'etiologia, i sintomi delle due affezioni fatalmente si confondono e s'intralciano in modo tale da rendere necessario uno spirito anamnestico dei più fini e minuti per poter, risalendo alla fonte, optare per l'una o per l'altra delle affezioni. È ben vero che vi sono alcuni dati che potrebbero sino ad un certo punto servire da elementi di repere pel diagnostico differenziale.

L'ereditarietà, l'età, ed in genere quel complesso che noi chiamiamo predisposizione individuale ne sono i principali. Così la trasformazione grassa degli elementi polmonari, la degenerazione caseosa è per ordinario il retaggio della tarda età, ed infatti si può dire che la polmonite caseosa, trasformazione frequente delle lente affezioni dell'apice, si osserva e procura la morte di $^1/_5$ circa delle donne di età avanzata. Come pure la si trova nei marasmatici e cachetici, ove però, per essere giusti, con uguale frequenza si osserva pure il tubercolo. Neoplasia quest'ultima invece propria per l'ordinario della gioventù, che più soventi subisce l'influenza anche di una lontana ereditarietà.

Come già osservai, gli autori francesi in genere non fanno distinzione tra polmonite tubercolare e caseosa, confondendone a piacimento la denominazione. E trattando delle varie diffe-

renze che si possono osservare secondo il sito e lo stadio a cui giunge la tubercolosi, due dei più illustri istologici di questa nazione, Cornil e Ranvier, per citarne alcuni tra i molti, descrivono il rammollimento del tubercolo come una trasformazione caseosa, per cui quest'ultimo elemento non sarebbe che un modo proprio di comportarsi del tubercolo; a ciò, come già notai, tratti dal fatto d'osservare per l'ordinario all'autopsia amendue queste degenerazioni. Pei dualisti invece la presenza del tubercolo nei casi in cui l'elemento caseoso predomina ed è conseguenza di lenta polmonite, si spiegherebbe quale un prodotto dell'infezione consecutiva successa nei tessuti in seguito alla distruzione dei punti caseosi. Pei primi l'elemento caseoso subordinato al tubercolare sarebbe come il prodotto di un'iperemia locale, di lenta polmonite lobulare o lobare, interstiziale, prodotta nel tessuto dall'irritazione tubercolare che produrrebbe, od una trasformazione colloide o caseosa; pei secondi invece, sarebbe un tipo a sè stesso che può vivere indipendente dalla tubercolosi, od associarsi con essa o trasformarvisi.

L'unità della tubercolosi come la comprendeva Laennec e specialmente in Francia ammessa dal Than, Lepine e Grancher, trovò un appoggio nelle esperienze del Willemin, Chaveau, Vulpian e Bejer; nonchè negli studii isto-patologici di Cornil e Ranvier. Quelli invece che ammettono la polmonite caseosa indipendente dalla tubercolare, poggerebbero verso il dualismo del Virchow; per cui la granulazione tubercolare da un lato e l'elemento caseoso dall'altro costituirebbero processi distinti, avendo quest'idea per corifei specialmente gli scritti del Niemeyer e del Bull.

Se la questione non è ancora anatomicamente ed anche in parte clinicamente risolta, è certo però che il punto di partenza è analogo. Punto di partenza che mentre per l'elemento tubercolare fa già sentire la sua influenza nella gioventù in quei casi in cui o per ingenita predisposizione, o per accidenti occorsi, si faccia deficiente ed irregolare la vita dei tessuti, pel caseoso sarà specialmente più tardi quando la macchina stracca

dal lungo o troppo grande lavoro, o non rafforzata da una conveniente riparazione, tenterà di sciogliersi e di sfasciarsi.

Dal fin qui detto sarà per noi facile lo spiegare ed il porre in relazione le funeste conseguenze di queste due affezioni nello stato gravido e puerperale. Dimostrato che la gravidanza serve di esca per far scoppiare nella giovane età predisposta al tubercolo quest'affezione, e che il succedersi delle gravidanze col grande lavoro che portano all' organismo conducono il corpo precisamente a quello stato marasmatico così propenso per la trasformazione caseosa dei tessuti, sarà tosto spiegato il nesso che corre tra la gravidanza e le malattie in discorso. E che così succeda pur troppo luminosamente lo dimostra il qui unito quadro, osservandosi precisamente che amendue le malattie sono sino ad un certo punto retaggio di gravidanze multiple, e che lo scoppio del morbo s' osservò quasi sempre pendente la gravidanza.

Nelle lente affezioni polmonari gravidiche, il modo clinico di procedere della malattia è analogo allo stato extragravidico. Così s'osserva essere il più delle volte prima una parte la colpita, poi l'altra. Difficilmente, data da un lato una tubercolosi polmonare o lenta polmonite caseosa, uno degli elementi, non esiste pure dall' altro. Il polmone nella sua funzione è puramente passivo. L'ufficio suo attivo è poca cosa. La vescichetta polmonare si lascia attraversare endosmoticamente dall' ossigeno, esosmaticamente dall'acido carbonico e dai vapori acquei d'uno scambio di gaz attraverso ad una membrana porosa. Questo modo di funzionare ci spiegherà il motivo della prevalenza in certe parti polmonari delle trasformazioni patologiche dei tessuti.

Gli apici sono la parte meno funzionante dei due organi. E mentre per la funzione stessa le altre parti ove ferve il lavorìo debbono e sono necessariamente maggiormente nutriti e rigogliosa in essi scorre la vita, gli apici riescono i più miserabili ed i più dimenticati e per la loro tessitura sono punti meno resistenti dell'organismo. Questa debole vitalità unita allo stato

d'imbevimento passivo in cui si trova la fibra sua, spiegano il predominio all' ammalare e trasformarsi. Come pure il perchè il polmone in genere, e l'apice in ispecie, sieno il campo ove primo ed in più larga parte sviluppasi il tubercolo e succeda l'alterazione caseosa.

Vi ha chi nega all'apice polmonare questa deficienza d'attività funzionale. Questo fatto è però certo e poggia su dati anatomici; cioè è dovuto in parte alla forma stessa delle coste, al modo loro d'articolazione, per cui all' apice riescono meno mobili, ed inoltre internamente poi allo stesso scheletro bronchiale. Infatti perchè la respirazione si faccia bene è necessario che il polmone possa espandersi e quindi il torace ampiamente dilatarsi. Le coste che ne costituiscono l' inviluppo osseo, debbono alzarsi ed abbassarsi in modo da rendere facile e più estesa che si può la loro escursione. Di natura l'organo endostante laddove trova più spazio, aumenterà maggiormente e meglio si riempirà d'aria. Ma mentre queste condizioni tutte si hanno alla base del torace, mancano all'apice ove le coste per la loro fissità e natura delle loro articolazioni, sono poco mobili, e quindi hanno diminuita di molto la possibilità di allargarsi.

A ciò s'aggiunga la direzione dei canali bronchiali, e poi facilmente si comprenderà questa minor funzione dell'organo. Si sa che l'aria corre più facilmente lungo canali retti e s'arresta in parte laddove ci sono angoli da girare. Quindi più facilmente nell' inspirazione seguirà la direzione dei bronchi inferiori dall'alto al basso. Mentre che per la direzione ad angolo superiore del bronco che conduce l'aria all'apice, più difficilmente e con maggiore lentezza dovranno i gaz uscire od entrare nelle cellette superiori di questa parte.

Conchiudendo: nella gravidanza, per le stesse leggi che regolano lo scoppiare ed il decorso di questa malattia negli stati ordinarii delle donne, esse cominciano pure, in tesi generale, dagli apici polmonari. Anzi dirò di più; se la poca funzione, lo stato vascolare del tessuto che produce imbevimento passivo

della fibra, l'immobilità delle coste, l'impedito od il diminuito ampliarsi in alto della cassa toracica, sono dai clinici ritenute come cause di questa maggiore tendenza dell'apice a trasformarsi nello stato extragravidico; a fortiori troviamo elementi preparati nelle gravide, come credo di avere abbastanza dimostrato nelle prime parti di questo scritto.

Tralasciando le cause generali che per la natura loro possono di molto influire sull'alterazione dei tessuti in questione, come l'idroemia, la tendenza all'edema ed alla trasformazione grassosa, lo stato di temporaria debolezza in cui si trova la fibra della donna gravida; vediamo inoltre esistere nel polmone stesso condizioni che agevoleranno di molto il terreno allo scoppio delle lente affezioni polmonari. L'immobilità maggiore dell'apice, l'aumentato stato di vascolarità passivo, non in rapporto allo stato attivo, quindi l'imbevimento e rammollimento del tessuto ci spiegheranno in parte e localmente l'aumentata tendenza. Ammessa quest' ultima, qual è l'andamento che le lente affezioni polmonari tengono durante la gravidanza?

Varia di molto nelle diverse epoche il modo di vedere dei clinici su questo soggetto. Ritenevasi dai medici antichi che la gravidanza influenzasse in bene la tubercolosi ed in genere le malattie tutte marasmatiche che conducevano alla tisi. Quest'idea sostenuta ancora da distinti patologi, come Cullen, Giuseppe Frank, Portal e molti altri, tenne per molto tempo il campo medico, fondandosi su ragioni che partivano dalle teorie mediche in voga nei tempi.

Questi e molti altri fatti in cui si può nettamente stabilire la correlazione tra le malattie paterne e quelle del figlio, debbono riuscire di utile ammaestramento ed indicare la via da battersi circa la profilassi. È inutile lo spender parole a dimostrare la importanza igienica del concetto.

Stante il carattere di questo lavoro, non debbo inoltrarmi a svolgere questioni su cui la clinica e l'igiene hanno già tanto insistito. M'accontenterò di trattare la parte ostetrica, e studiarne quindi in particolar modo l'influenza diretta sulla gra-

vidanza, non occupandomi per ora della lontana predisposizione che lascia la tubercolosi, notando solo ciò non succedere per l'ordinario per la polmonite caseosa; dato importante quest'ultimo per la prognosi e per la profilassi.

Come pei fatti acuti polmonari, così pure pei lenti ho voluto studiarne l'andamento su fatti clinici speciali. Ho a tal uopo compulsato i registri dell'Istituto Ostetrico di Torino dal 1.° gennajo 1870 a tutto aprile 1879 e ne pubblico i risultati, raccolti sinteticamente, nel qui unito quadro.

Venendo ora a ricavarne le cifre per fondare le deduzioni, vediamo che su 2117, ventiquattro donne partorirono ammalate di tisi polmonare, comprendendo sotto questa denominazione generica, come già dissi, i due principali processi di trasformazione patologica del polmone. Di queste ventiquattro una sola era primipara; le altre tutte, chi più chi meno, avevano figliato: delle più l'anamnesi già nota la comparsa ed il decorso dell'affezione polmonare, nelle gravidanze precedenti, influenzandone difficilmente il decorso col troncarle prontamente e quindi già riuscendo fatali allo sviluppo del feto.

Louis pel primo alzò la sua autorevole voce contro l'assurda idea che neppure allora poggiava sulla generalità dei fatti, e dimostrò che quando la gravidanza non deteriora di più l'organismo tubercolotico, il che succede la maggior parte delle volte, non lo spinge per certo verso la guarigione. Sulle orme del Louis si fecero e si rifecero le osservazioni cliniche e non ci volle molto a constatare la verità dell'asserto. In modo che dopo gli studii del Gresolle *sur l'influence de la grossesse sur la marche de la phtisie*, Paris, 1870, Caresme, Bourgeois, e la maggior parte dei clinici ammettono che la gravidanza esercita un' influenza funesta sul decorso della tubercolosi e polmonite caseosa, e che queste due malattie soventissimo trovano nello stato gravidico l'ultima spinta per rapidamente invadere e distruggere i tessuti materni.

Riprendendo questo studio, fa d'uopo seguire il modo di comportarsi di queste affezioni verso le due materie che sono

in questione. In altre parole studiarne gli effetti prossimi e lontani che hanno sulla vita del feto e della madre.

L'influenza che la tubercolosi paterna eserciterebbe sulla vita endouterina del feto a cui accenna qualche autore, non è dimostrata e quindi dai clinici non ammessa. Non così però la influenza di essa sui primi anni della vita extra-uterina del feto. Non è raro il trovare bambini spenti nei primi anni di vita da affezioni tubercolari, tra cui primeggia la meningea, i di cui padri si trovarono al momento della fecondazione in stato d'avanzata tubercolosi (Grisolle-Garimins). In questi casi l'influenza si può dire diretta, e non cessa coi primi anni. Infatti sovente ci è dato assistere infermi colpiti da tubercolosi in cui l'ereditarietà si è fatta indirettamente sentire dopo intervallo non breve, per cui puossi dire che il pericolo sta del continuo sospeso sul capo.

Di queste 24 nella gravidanza in corso per cui ricorrevano alla clinica, sette giunsero a termine ed ognora il feto fu espulso od estratto sano e continuò in buone condizioni a vivere. Fatto importante riguardo alla cura ostetrica di queste affezioni e su cui tornerò. Da ciò infatti chiaro ne scaturisce il precetto di fare in modo per la salute del figlio che la gravidanza giunga al suo termine.

Nelle altre diciasette volte in cui la donna non portò la gravidanza a termine, quindici volte il feto fu espulso dall'alvo materno ostetricamente vitabile circa l'epoca in cui successe il parto, e due sole volte s'ebbe l'espulsione abortiva nel sesto mese. Dell' esito della vita del feto in questi due ultimi casi non dobbiamo tener conto. Sui rimanenti quindici, sei volte fu espulso morto; e nelle nove volte in cui si ebbe il bimbo vivo e vivo qualche giorno dopo fu portato via dalle sale cliniche, quattro volte il feto versava in condizioni tali da rendere molto, ma molto problematica la sua vita futura. Rincresce che la mancanza di ultimi ragguagli su questo punto mi obblighi a ragionare a priori e riuscir incompleto. Riassumendo: per ciò che riguarda l'influenza della tubercolosi sulla vita del

feto indirettamente col provocare il parto o l'aborto in epoche in cui il feto è facilmente colpito da morte immatura, o direttamente uccidendolo nell' utero colle alterazioni che porta nella funzione del circolo e respiro materno, avremo, tenuto conto dell' essersi incontrato una volta in una gravidanza gemellare, che su 24 più di un terzo dei feti furono vittime della malattia; e se a questi aggiungiamo la quasi certezza che dei vivi, quattro dovettero soccombere nei primi giorni di vita, ne riuscirà che più della metà dei feti furono dal processo morboso uccisi. E se a questi si aggiunga ancora i sei aborti successi nelle gravidanze precedenti, in queste donne, già sotto la triste influenza del processo morboso, si vedrà tosto quale e come riservata sia la prognosi in questi casi per riguardo al figlio.

E pur troppo che neppure migliori sorti arridono alla madre. Su queste ventiquattro, dieci morirono nei primi giorni di puerperio. Delle rimanenti appena due presentarono qualche lieve traccia di miglioramento, le altre tutte ricoverarono negli ospitali medici uscendo dalle nostre sale di molto più aggravate nella malattia pel fatto del parto, di ciò che entrarono. Ed il parto prematuro successo, e l'interrompersi della gravidanza ad epoche più o meno lontane non giovò guari all' ammalata. Chè su 17 parti successi prematuramente, sette volte la donna morì nei primi giorni del puerperio; e tolto in un caso, negli altri tutti si osservò o nessun miglioramento, e più soventi un deterioramento in tutti i sintomi, per cui talora fu portata via dalle sale cliniche con ben poche speranze di una vita futura anche breve. Lo stesso successe allorchè la gravidanza giunse al suo termine. Diversità nell' esito per la madre pel troncarsi della gravidanza o pel continuarsi non si ebbe. Avendosi inoltre da osservare che accettando la divisione in polmonite tubercolare ed in caseosa, risulta che quest'ultima fu osservata e diagnosticata otto volte, e tre volte sole nel decorso di essa s'ebbe il decesso materno; sei volte il feto fu espulso vivo, per cui il massimo della prognosi infausta s'osserverebbe

specialmente pel feto nelle polmoniti tubercolari, e se a questo, come già dissi, s'aggiunge per la futura vita l'ereditarietà, ben poco rimane della lontana speranza.

Non spendo parole ulteriori per constatare di più la triste influenza in ispecie della tubercolosi sul feto e sulla madre. Le cause possono riassumersi in ciò, che su d'una malattia prodotta e caratterizzata da deperimento generale, s'innesta uno stato speciale qual è la gravidanza, che produce nell'organismo sano analoghi fenomeni, per cui l'aggravarsi diventa cosa necessaria fatalmente per la malattia primitiva.

Questa triste influenza della degenerazione tubercolare va studiata in due stadii distinti. Prima nello sviluppo primitivo nell'organismo gravidico della tubercolosi ancora allo stato latente. Secondo, nel modo speciale del suo decorso allorchè in un organismo tubercolotico succede una gravidanza. Per amendue i casi troviamo nel polmone terreno preparato agli sconcerti. Lo stato che la gravidanza ingenera nel circolo generale e nella nutrizione locale delle vie respiratorie, già lo dimostrai essere favorevolissimo al primo comparire e svilupparsi del tubercolo, il quale se limitato nello stato extragravidico, troverà nelle condizioni peculiari che quest'ultimo stato procura nei tessuti condizione favorevolissima per estendersi.

È noto che pur troppo la tubercolosi non ha cura, giunta ad un certo punto. E che quindi se colla profilassi noi possiamo fare un gran bene, poco però ne otterremo colle più o meno vantate cure odierne, almeno nella donna gravida. Non così dirò della polmonite caseosa, malattia locale che per natura non tende ad allargarsi rapidamente come la tubercolosi e che quindi, oltre la profilassi, ammette con qualche speranza di successo una cura. Cura che sarà in modo speciale diretta a mantenere la malattia nei limiti possibili ed armare l'organismo per sostenere lo sconcerto generale.

La profilassi si compendia in due parole per la tubercolosi. Evitare, impedire la fecondazione in questi organismi. E salendo più in su naturalmente non permettere la causa della

fecondazione, non solo negli organismi già colpiti dal male, ma pure in quelli predisposti, convinti che scopo del matrimonio è la fecondazione, e che la fecondazione sarà scintilla sicura che farà divampare la malattia nascosta con tutte le sue fatali conseguenze.

È inutile che io osservi che la prima parte del divieto non può esistere per la polmonite caseosa. Qui la predisposizione è ipotetica. È sempre una conseguenza di una malattia locale. Proibire il matrimonio ad una ragazza perchè nella famiglia vi fu un colpito di polmonite caseosa, dalle cifre statistiche raccolte sarebbe proibirlo $^1/_6$ dei casi, essendo precisamente questa la frequenza delle morti per polmonite caseosa. È però nostro dovere applicare la profilassi e consigliarla allorchè la malattia è già scoppiata, e le ragioni sono troppo note per ripeterle.

Lo stato speciale in cui si trovano i tessuti polmonari materni pel fatto della gravidanza, rendono certa questa deduzione e la cura profilattica. È naturale che la tubercolosi trovi nel polmone gravido un incentivo allo sviluppo. L'alterata nutrizione, i patemi morali proprii di questo stato per l'ordinario sono cause generali che debbono porsi in prima linea. E quindi ben si comprende che molto più facilmente e più rapidamente queste affezioni distruggano le forze organiche. Molto più facilmente una gravida che fuori di questo stato potrebbe ancora passare anni di vita relativamente tranquilla, in mezzo alle molestie che pur troppo la malattia produce, trova nello svilupparsi fisiologico dell'utero un incentivo al rapido passaggio dei tubercoli pei varii stadii e quindi al triste esito.

Cosa dirò se si bada al feto? Come vanno giudicate quelle madri tubercolotiche che avvisate del germe fatale che portano in seno, dopo aborti successi spontanei o con falsa pietà provocati dall'arte, ricadono nella fecondazione, e come il Saturno della favola si può dire divorano i proprii figli? È strana la resistenza che talora il feto oppone alle conseguenze dei disordini circolatorii nei processi tubercolotici.

Malattia breve e morte rapida della madre, maggior proba-

bilità d' estrarre dall' alvo materno un feto vivo, diremo col Barnes. In cui sino ad un certo punto la morte del feto nell'utero nelle lente affezioni sta come regola. Regola che quasi trova nella tubercolosi una eccezione. Infatti nella operazione post mortem della madre gravida si ha più probabilità di estrarre il feto vivo allorchè la tubercolosi decorse lenta, che non quando prese un andamento acuto. Pur troppo che quest'ultimo modo di comportarsi è l'ordinario nella gravidanza per le ragioni che ho esposte. Nei due casi in cui si potè col taglio cesareo fatto dopo la morte correre in ajuto del feto, questi fu estratto vivo. Mentre che è rarissimo l'accorrere a tempo sia col parto forzato, sia colla gastro-isterotomia allorchè la madre soccombe in seguito a malattia acuta. La causa di ciò fu da me esposta parlando dei processi polmonari rapidi. Da questa probabilità di salvezza pel feto ne emerge il dovere all'ostetrico di sorvegliare attentamente la gravida tubercolotica, allorquando questa entra nell'ultima fase della gravidanza.

Stabilito il fatto che la gravidanza esercita sull' organismo colpito da tubercolosi un' influenza il più delle volte letale, si presenta la questione se il medico può e deve allo scopo d'evitare questi disordini, troncarlo col provocare l'aborto nei primi tre o quattro mesi. In altri termini, ha diritto il medico curante di sacrificare necessariamente la vita d'un feto che può vivere, crescere e svilupparsi sano, ai bisogni di un organismo tubercolotico che è già in via di scomposizione? Io credo di no, ed in ciò mi tengo precisamente ai dettami della scuola da cui esco. Ho sentito varie volte, e sento soventi ripetere dall'egregio direttore di quest'Istituto, che questa è una questione di alta moralità; e come questione di moralità s'impone in modo assoluto ad ogni convenienza sociale cui si possa accampare.

E non son pochi gli assiomi, i sofismi, i concetti e le espressioni di una falsa pietà, di pretesi diritti che in favore della madre in questi casi la società butta fuori. Ma io stesso che nell'interesse della madre craniotomizzerei in un vizio pelvico

un feto in molti casi ostetrici, non ammetto che scientemente per un effimero ed illusorio miglioramento di poco tempo, l'ostetrico debba risolutamente troncare mentre appena spunta una vita le di cui sorti a noi sono in parte sconosciute, mentre certe per noi sono quelle della madre.

Se poi gettiamo gli occhi sui risultati che l'aborto ed il parto prematuro danno in favore della madre, neppure essi sono di natura tale da convincermi a passare il Rubicone. Su 17 che partorirono prematuramente od abortirono, un numero considerevole morì e le altre non trovarono sollievo veruno. E questo è degno di nota, dimostrando di quanti dubbi debba essere circondata la condotta del medico relativamente alla sorte materna; e mentre che non è da ammettersi l'aborto od il parto prematuro anche quando si prolunghi certamente la vita d'una donna, a priori poi è da rifiutarsi se quest'ultimo risultato diventa problematico.

Ancor più grave poi si fa la questione, se invece d'una polmonite tubercolare noi siamo in presenza d'un'affezione caseosa.

Qui le questioni che si potrebbero accampare in favore della madre per la vita futura del feto, dell' ereditarietà e quindi del falso concetto che se ne dedurrebbe di portare poco male al feto che fatalmente sarebbe predisposto a correre le medesime sorti della madre, più non esistono. La polmonite caseosa, trasformazione d' una lenta polmonite non si eredita, nè ha alcuna lontana conseguenza sul feto. Or bene la facilità con cui secondo i dualisti si confonde la diagnosi di queste due malattie, la probabilità di guarigione che si ha ancor per la madre, guarigione che fu abbastanza soventi osservata, debbono renderci ancor più cauti nell'adottar misure radicali contro uno degli esseri, della natura di quelle da alcuni proposte, cioè del provocare aborti o parti prematuri.

Nei casi in cui la fine vicina per la madre è sicura, intervenire coll'accelerare il parto in favore del feto, allorquando la gravidanza è verso il termine lo ammetto; in questo modo se non si può far evacuare spontaneamente dall' utero il feto

QUADRO SINOTTICO DELLE AFFEZIONI POLMONARI LENTE COMPLICANTI LA GESTAZIONE

Osservate nella Clinica-Ostetrica di Torino dal 1.° Gennaio 1870 al 1.° Maggio 1879.

N. d'Ordine	ANNI	NUMERO annuale del parto	PROFESSIONE	ETA'	GRAVIDANZE precedenti	STATO della malattia in corso	EPOCA della gravidanza in cui ha luogo lo sgravio	ESITO per la madre	ESITO per il feto	OSSERVAZIONI
1	1870	94	Spazzettaia	34	Tre a tempo 2.° Stadio.	Tubercolosi al 2.° Stadio.	7.° mese.	Trasportata all'Ospedale S. Giovanni.	Vivo ma gracile.	
2	1870	111	Contadina	32	5 Gravidanze a termine.	Tubercolosi al 3.° Stadio.	9.° mese.	Soccombette 24 ore dopo il parto.	Portato via gracilissimo.	La tubercolosi data dall'ultimo parto per cui dovette sospendere l'allattamento.
3	1872	72	Sarta	26	Primipara.	Tubercolosi al 1.° Stadio a tutti 2 i polmoni.	9.° mese.	Uscita senza aver progredito nella malattia.	Feto sano peso 2540 gr.	Mania puerperale dopo il parto che durò 40 giorni, di cui guarì.
4	1872	121	Donna di Casa	34	Pluripara.	Tubercolosi 3.° Stadio sui due polmoni.	6.° mese.	Morì 4 giorni dopo il parto.	Feto morto.	
5	1873	84	Serva	32	id.	Polmonite lenta.	9.° mese.	Morì 16.° giorno del puerperio.	Vivo.	
6	1873	106	Donna di Casa	35	id.	id.	id.	Stazionaria.	Sano.	
7	1873	110	Sarta	26	id.	id.	id.	id.	id.	
8	1873-74	4	Negoziante	32	id.	Tubercolosi al 3.° Stadio.	8.° mese.	Morta al 6.° giorno del Puerperio.	Sano.	Nel decorso della 7ª gestazione presa da tubercolosi abortì al 4.° mese.
9	1873-74	46	Sigaraia	33	Otto gravidanze; 7 a termine e l'8' terminò coll'aborto.	Tubercolosi al 2.° Stadio.	7.° mese.	Non migliorata.	Morto.	Tubercolosi scoppiò sul principio della 8.ª gestazione.
10	1873-74	52	Contadina	36	2 a termine	Tubercolosi al 1.° Stadio.	6.° mese; Gemellare.	Trasportata all' ospedale S. Giovanni.	Morto poche ore dopo.	
11	1873-74	84	Cucitrice Sarta	29	2 a termine 2 aborto a tre mesi.	Polmonite lenta dell'apice destro.	7.° mese.	Uscì migliorata.	Espulso morto.	Aborto di 4 mesi nell'ultima gravidanza, e poco in cui la tubercolosi già si era diffusa.
12	1873-74	186	Filatrice	31	2 a termine	Tubercolosi al 3.° Stadio.	7.° mese.	Trasportata 10 giorni dopo a S. Giovanni in cattive condizioni.	Morto.	
13	1873-74	209	Sarta	28	5; 3 termine; 2 ultime abort.	id.	7.° mese.	Morta.	Espulso morto.	La tubercolosi scoppiò al principio della 4.ª gravidanza e determinò l'aborto nella 4.ª e 5.ª
14	1873	248	Sarta	23	Pluripara; 2 gravid. a termine.	Polmonite lenta caseosa.	8.° mese.	Non migliorata.	Morto.	
15	1874	106	Cucitrice		5 Gravidanze 4 a termine; l'ultima abortiva.	Tubercolosi polmonare al 3° Stadio.	8.° mese.	Escì non migliorata.	Morto.	L'aborto ultimo fu già prodotto dalla malattia in corso.
16	1874-75	59	Serva	30	5 Gravidanze.	Tubercolosi 2.° Stadio.	8.° mese.	Non migliorata.	Sano.	Nell'ultima gravidanza scoppiò la tubercolosi che determinò l'aborto.
17	1875-76	77	Serva	31	Pluripara.	Polmonite lenta e Pleurite secondaria.	7.° mese.	Morta in giornata.	Gracilissimo.	Provocato il parto, stante il deteriorato stato materno.
18	1875-76	132	Cucitrice	18	id.	Tubercolosi.	8.° mese.	Trasportata all' ospedale S. Giovanni.	Sano.	Caverneo plmonari agli apici.
19	1876-77	11	Tabaccaia	38	id.	Polmonite lenta.	8.° mese.	Morta.	Asfitico riavuto.	
20	1876-77	97	Serva	36	id.	Tubercolosi polmonare al 3° Stadio.	7.° mese.	Morta.	Vivo.	Taglio cesareo. Post mortem.
21	1877-78	142	Operaia	32	id.	Tubercolosi al 3.° Stadio.	9.° mese.	Morta.	Vivo.	Taglio cesareo. Post mortem.
22	1878-79	16	Cucitrice	29	id.	Polmonite lenta destra.	9.° mese.	Esce al 10.° giorno.	Sano.	
23	1878-79	19	?	26	id.	Tubercolosi.	7.° mese.	Morta al 10.° giorno.	Sano.	
24	1878-79	117	Cameriera	26	id.	id.	8.° mese.	Non migliorata.	Gracile.	

vivo od estrarlo noi con operazioni incruente, si prepara e si rende il terreno più propizio ad una delle operazioni che si consigliano in favore del feto in donna agonizzante, o post mortem, cioè al parto forzato della Scuola Bolognese, degnissimo d'essere raccomandato e da seguitarsi, e secondo me, il più delle volte, quando si può, preferirsi al taglio cesareo.

Nei casi di tubercolosi pensiero unico del medico dev'essere la profilassi. Evitare, come già dissi, sia in favore dell'ammalata come del futuro feto, la fecondazione. Il medico che deve curare molte volte il fisico col ferro e col fuoco, è pur troppo molte volte condotto a trattare in egual modo il morale. Quindi in certi casi nulla deve celare anche delle più remote conseguenze a chi ne chiama l'avviso. Deve infondere non solo i suoi scrupoli, ma il suo codice d'onestà nel cuore di chi lo consulta e far comprendere che il più delle volte, data una gravidanza, s'ei per un malinteso modo di vedere d'una falsa pietà, la tronca per evitare guai maggiori alla madre, cade non solo nell'aborto ostetrico, ma in quello legale. Molti riterranno questo concetto un po' esagerato e mi troveranno e taccieranno di visionario; meglio le visioni ed i sogni in questi casi, che una triste realtà ed uno scrupolo sulla coscienza. Commisero anch'io gl'infelici. Comprendo certe posizioni sociali che strappano all'uomo di cuore il singhiozzo dell'anima; ma coi dettami che l'igiene in questi tempi pubblica, certe false posizioni non debbono esistere per chi seguita la luce che la medicina spande su tutte queste questioni. È vero che in questi casi vicino all'ufficiale civile ci vorrebbe il sanitario, che al suo veto, come l'antico tribuno, s'opponesse in modo inappellabile; non potendo aver ciò, m'accontento di far voti che i medici, seguendo il precetto di Mantegazza, le di cui affettuose pagine m'inspirano questi concetti, si faccia apostolo del vero ed almeno quando è consultato in ogni modo eviti che una ragazza si ponga su d'una strada che invece d'essere ricca per lei di rose qual dovrebbe essere l'imeneo, si faccia irta di spine e triboli.

VARIETÀ

IMPRESSIONI DI UN OSTETRICO IN VIAGGIO

LETTERE

AL

Sig. Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

DIRETTORE DELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

I.

Basilea, 12 *luglio* 1879.

Caro ed egregio Professore. — Ella conosce lo scopo che io mi sono prefisso, visitando le cliniche ostetriche e ginecologiche tedesche più celebrate (1). Dopo la pubblicazione del libro di Le Fort sulle Maternità, noi non abbiamo più avuto alcun libro di una certa notorietà, dal quale poter ricavare notizie sulle modificazioni e sui miglioramenti introdotti da quell'epoca, e quelli desiderosi di pur saperne qualche cosa, dovevano spigolare nelle memorie, nei rendiconti, nelle miscellanee. E da quel momento si sono fatti molti ed importanti progressi, nuove cliniche si sono costrutte e la ginecologia ha preso quasi ovunque il posto che le spetta nello insegnamento ufficiale accanto alla tocologia, mentre da noi lo studio della ginecologia, benchè ci sia in molte Università una cattedra decorata del pomposo titolo di *cattedra di ostetricia e malattie delle donne,* o è lettera morta, o è frazionato e sbocconcellato fra la medicina interna e l'esterna, quando pure da qualche cattedra chi-

(1) Le cliniche di Berna, Zurigo, Basilea, Friburgo, Strasburgo furono dallo scrivente visitate assieme al collega ed amico Libero dott. Bergesio, 1.° assistente alla R. Clinica Ostetrica di Torino.

rurgica non si bandisce ancora la crociata contro l'ovariotomia, come alcuni anni or sono. *Observando discitur* sta scritto sulla bandiera della nostra scienza; osserverò quindi diligentemente e minutamente, procurando di portare ne' miei giudizii uno spirito calmo, sereno, spassionato, onde tenermi egualmente lontano e dall'esagerata lode delle cose straniere e dalla soverchia severità per le cose nostrane, divulgando all'estero quanto si fa e si produce in Italia, e contribuendo a far conoscere agli Italiani quanto si pratica quivi, fedele al principio che la scienza non riconosce frontiere. — In questo mio studio su alcune cliniche tedesche ho compreso anche quelle di Berna, Zurigo, Basilea, e perchè appartenenti alla Svizzera tedesca, e perchè comprese pure nello studio che fece il Billroth sulle Università Germaniche, e perchè infine vi è scambio reciproco di professori, che passano dall'una all'altra sia essa austriaca, o svizzera o germanica. — Parlando quindi di cliniche tedesche, applico questo adiettivo in *sensu lato*, prendendo per criterio l'origine e la lingua, non la divisione politica. — A chi muovendo dall'Italia entra in Isvizzera per la linea del Moncenisio, fra le Università Tedesche si presenta per prima quella di Berna. Sulla clinica ostetrica e ginecologica di questa città mi diffonderò un pochino, e perchè delle cliniche svizzere è l'ultima costrutta e perchè me ne porge occasione il discorso inaugurale dell'egregio prof. Müller, che me ne volle fare gentile offerta. Se in questa mia troverà date e cifre estranee al campo scientifico lo attribuisca al fatto, che in qualche importante città italiana si fanno studii sulla costruzione di una nuova Maternità.

E questo studio delle nuove cliniche può riuscire tanto più utile, inquantochè non è gran tempo che da persone e congressi autorevoli venne lanciato l'anatema contro le Maternità, e queste si vollero chiuse e poco meno che atterrate, perchè, anzichè ricoveri umanitarii, si consideravano quali ricettacoli in cui la morte avesse posto la sua sede. — La voce più autorevole ci venne dalle statistiche raccolte dal Le Fort, secondo

le quali, negli Ospizii muore una donna sopra 29, ossia il 3, 4 %, mentre fuori di essi non si avrebbe che il 0,47 %. — E l'idea dei seguaci di Le Fort sta per avere un principio di esecuzione in Parigi, ove si inscrisse nel bilancio della città mezzo milione per sussidio alle levatrici le quali accolgono presso di sè partorienti prive di sostentamento. Ma anche nel campo della statistica ed in esso forse più che altrove è facile l'essere indotti in errore da molteplici e svariate circostanze, specialmente nell'argomento che ci occupa. Così le cifre raccolte da Lefort furono esse pure passate al vaglio della recensione e della critica, ed osservatori autorevoli e degni di fede, quali Barnes e Mathews Duncan in Inghilterra e Winckel in Dresda, entrarono nell'arringo con fatti, con ragioni e con statistiche che attenuano alquanto l'impressione ricevuta dalle prime ricerche. Quindi mediante le ricerche di Duncan e Barnes, escludendo ogni causa di errore la mortalità accennata del 0,47 % a domicilio si elevò all'uno %, e da Winckel venne messo in piena luce, come le cautele di cui si circondarono le ricerche in Francia sieno affatto insufficienti per assicurarci sulla veridicità dei rapporti delle levatrici, o quanto meno sulla loro attendibilità. — Del resto nelle Maternità si accolgono i casi più gravi e difficili, e a noi, forse meglio che ad altri, è permesso il dimandarci, quale sarebbe stato il destino delle donne stremate di forze, ammalate, sconciate, accolte nell'Ospizio di Milano, ove avessero atteso la loro liberazione a domicilio. D'altra parte è il progresso della civiltà, è il progresso della scienza che ci hanno dato le Maternità, alle quali dobbiamo se l'ostetricia venne strappata all'esercizio di mani rozze, inabili e al dominio di menti empiriche ed incolte ed elevata alla dignità di scienza. E la scienza e l'umanità mi pare esigano egualmente che esse non si distruggano, ma si modifichino, realizzando ogni progresso atto a migliorarne le condizioni sanitarie. Per quanto ho già visto, è a conseguire tale intento, che in questi paesi sono specialmente diretti gli sforzi degli uomini e dello stato, sia colla costruzione di isolati edificii, extra

moenia, in posizione salubre, sia colla costruzione di padiglioni d'isolamento (absonderungs-pavillons), sia infine adottando tutte quelle misure che suggerisce la più rigorosa igiene.

In Berna l'antica clinica ostetrica occupava una casa, già magazzino di sale, situata nella Brunngasse. — Vi insegnarono successivamente in questi ultimi tempi Hermann seniore fino al 1861, indi Hermann figlio fino al 1867: in questo anno venne chiamato a coprire la cattedra di ostetricia il Breisky, la cui fama fece salire rapidamente il numero degli uditori, la cui media fu per semestre, come segue, nello spazio di tempo qui sotto indicato:

Anno	1860-1865	Uditori . . .	8
»	1865-1870	» . . .	28
»	1870-1875	» . . .	55

Fu precisamente per l'incitamento dato da Breisky che nel 1872 venne aggiunta una clinica ginecologica di 12 letti. — Chiamato a Praga il Breisky nel 1874 venne sostituito dal professor Müller.

Il numero dei parti andò pure via via aumentando, come appare dalle seguenti cifre:

Anno	1836-1840	Comparto . .	154
		Policlinica . .	46
»	1840-1845	Comparto . .	184
		Policlinica . .	53
»	1845-1850	Comparto . .	210
		Policlinica . .	88
»	1850-1855	Comparto . .	177
		Policlinica . .	107
»	1855-1860	Comparto . .	218
		Policlinica . .	106
»	1860-1865	Comparto . .	223
		Policlinica . .	122

Anno	1865-1870	Comparto . .	253
		Policlinica . .	123
»	1870-1875	Comparto . .	286
		Policlinica . .	114

La sede impropria della vecchia Maternità, la limitazione dello spazio, le cattive condizioni sanitarie (la mortalità superò alcuni anni il 6 %, una volta salì al 10 %), indussero alla erezione del nuovo Istituto, che venne inaugurato il 23 novembre 1876.

Le spese della costruzione si distribuiscono nel seguente modo:

1. Corpo di fabbrica principale . .	L. 435,000
2. Impianto pel riscaldamento . . .	» 50,000
3. Dipendenze	» 60,000
4. Cloache.	» 35,000
	L. 580,000
La spesa delle baracche *da erigersi* è calcolata in	L. 27,000
Il prezzo dell'area su cui venne costrutto l'edificio (area già prima proprietà dello Stato), se dovesse quotarsi al valore di corso sarebbe stato di.	L. 325,000
L'assetto dell'edif. principale si calcola in	L. 50,000

Faccia la somma e vedrà come non sieno stati punto sparagni trattandosi sopratutto di una piccola città di circa 40,000 abitanti. — E l'istituto è riuscito veramente bello. — Il nuovo tempio di Lucina sorge fuori della città (uscendo dalla porta di Morat) sopra un ameno colle da cui si domina la città e si gode di un vasto e magnifico panorama, il cui sfondo è costituito al Sud dalle Alpi dell'Oberland Bernese, al Nord dalla catena del Giura.

L'area di esso abbraccia non meno di 7330 Mq., dei quali però non tutti sono sinora fabbricati.

Esso consta di due separati edificii, del corpo di fabbrica principale e delle dipendenze, a cui più tardi si aggiungerà una casa isolata sotto forma di baracche. Il corpo di fabbrica principale è costituito da una costruzione mediana con due piccole ali che scorrono all'indietro, ed abbracciano tra loro un piccolo cortile; la faccia principale è rivolta a Sud. Al davanti dell'edificio sta un giardino, ornato di massi erratici, e che deve essere chiuso a ponente dal fabbricato delle baracche. Al di dietro dell'edificio principale, fuori del cortile, una scala guida alla grande piazza ove sorge l'edificio secondario, il cui assetto ed il cui scopo sarà in seguito determinato.

Diamo ora uno sguardo alla disposizione interna. Salendo alcuni gradini ci troviamo nell'ampio corridoio del piano terreno, chiuso da invetriate, a cui corrisponde eguale disposizione nei piani superiori. — Nel piano inferiore si trovano la camera d'aspetto, la camera di lavoro per l'amministratore, due camere per i medici assistenti, due camere per tre praticanti, la stanza della Direzione colla biblioteca (il direttore non dorme in ospizio), un anfiteatro per le lezioni teoriche con tavole murarie, le quali con semplice meccanismo possono essere alzate, abbassate, fissate. — In detto piano havvi pure la camera da lavoro per le gravide, e tre stanze da letto per queste ampie, ben illuminate, ben aereate, contenenti ciascuna sei letti, che possono essere portati a sette in caso di necessità: le stanze hanno il pavimento di legno lucidato, ed ogni letto ha il suo tavolo da notte. — Al secondo piano nell'ala occidentale si trovano la stanza per la levatrice superiore e quindi seguono quattro camere per le puerpere: ognuna di esse contiene quattro letti, tre per le puerpere ed una per l'infermiera o per una allieva levatrice di servizio, e tre letticciuoli pei bambini; in ciascuna camera si trova un grande tavolo, una *commode*, due sedie, una poltrona, un piccolo specchio, un orologio da parete, un termometro da camera: accanto ad ogni letto poi è posto un tavolo da notte, sul quale è collocato rispettivamente per *ciascuna* puerpera un cate-

tere, un termometro e l'occorrente per irrigazioni vaginali o per clistere: gli oggetti che si adoperano sulla puerpera vengono ogni giorno disinfettati colla bollitura e con una soluzione di acido salicilico. — La capacità di ognuna di queste camere è di 187 m. c. Nel corpo mediano havvi la grande sala per la clinica ostetrica, che serve anche di sala da parto, havvi quindi in essa il letto pel parto, il letto per l'esame delle donne, il letto di operazione, l'armamentario, ricco per la parte ginecologica, molto meno provvisto del nostro per la parte ostetrica. Vi osservai il forcipe Hermann, ricordatoci da una memoria recente dello Stoltz, e la cui rassomiglianza col forcipe Tarnier mi ha veramente colpito. Vantaggio non ultimo dei viaggi, quello di non inventare cose reinventate!

Nella detta sala ebbi la fortuna di assistere ad una lezione clinica del professor Müller: nella parte ostetrica fece esaminare da uno studente una donna in travaglio ed illustrò quindi i nodi del funicolo, prendendo occasione appunto da un fatto di simil genere osservato nel mattino, e dimostrando il meccanismo per cui essi si producono, e molte volte riescono innocui. Nella parte ginecologica esaminò e fece esaminare due donne, una affetta da fibroma della parete posteriore dell'utero, e l'altra da metrite cronica, diffondendosi specialmente sul modus agendi nel primo caso, sulla diagnosi differenziale nel secondo. Per l'esplorazione diagnostica ginecologica, specialmente nei casi dubbi, o nei casi in cui si suppone di dover procedere ad un atto operativo, le donne vengono cloroformizzate, al qual scopo fa uso di una reticella, applicabile al viso e sulla cui parte concava è distesa una spugna; sulla parte convessa fa sgocciolare il cloroformio mediante una boccetta fornita di un doppio tubo: le donne vengono trasportate nella sala già cloroformizzate. — Il prof. Müller non fa uso di spray, ma dopo ogni esplorazione ostetrica, si pratica una iniezione vaginale fenicata mediante una cannuccia applicata ad un lungo tubo di gomma che si innesta sopra una scatola di latta, fornita di manico e della capacità di circa un litro: è il metodo che

vidi dopo adoperato di preferenza anche nelle altre cliniche tedesche. La mortalità è molto diminuita in confronto di quella dell'antica Maternità, ma si conserva ancora alla rispettabile cifra del 3 $^1/_2$ $^0/_0$. Partigiano convinto del metodo antisettico ed apostolo fervente del nuovo verbo, debbo però per onestà scientifica accennare ad un fatto accennatomi dal medico 1.° assistente della Clinica di Berna, dott. Andreae. Nella clinica di Wurzbourg, ove non sono adottate le misure profilattiche contro l'infezione puerperale, e dove pure gli studenti passano dalle sale anatomiche al letto delle gravide, la mortalità si mantiene all'1 $^0/_0$. — Factum unum factum nullum: ma intanto giova notarlo poichè nella disamina scientifica di una teorica, si deve tener calcolo di tutti i fatti e di tutti gli argomenti.

Ma retrocediamo un passo onde completare la descrizione dell' edificio: ad oriente della clinica ostetrica sonvi altre tre camere per le puerpere come quelle già descritte e nell' ala orientale trovansi tre piccole camere ad uno o due letti per le paganti. Nell'ala orientale del secondo piano sonvi pure le camere per le donne affette da malattie ginecologiche, provviste dello stesso mobiliare delle ostetriche, la sala per la clinica ginecologica, una sala di parto, dedicata specialmente per le allieve levatrici e la dimora della seconda levatrice. Il riscaldamento dell' edificio lo si pratica coll' aria calda mediante il sistema di Weibel-Briquet: in ogni camera vi sono condotti di acqua fredda e calda: le latrine sono fatte col sistema di Jenning modificato da Dumuis, per cui tirando su un bottone il vaso è pulito da una corrente di acqua e le dejezioni mediante un condotto di cemento, discendono dal poggio, passano sotto la ferrovia e si riversano nelle cloache della città.

Il prof. Müller ha tre assistenti: il 1.° già nominato è assistente alla clinica ginecologica e fa la policlinica; il 2.° dott. Ganguillet, attende alla clinica ostetrica; il 3.° medica le puerpere ammalate di malattie d'infezione e quindi isolate.

La collezione delle pelvi non presenta nulla d' interessante,

ed è poverissima in confronto della nostra. Operazioni ostetriche non se ne fanno molte; sono frequenti invece le operazioni ginecologiche. Nella clinica vidi un caso interessante di tumore ovarico sessile con sviluppo extraperitoneale, operato col metodo di Schroeder, e parecchi casi di prolasso uterino ribelli ad ogni altra cura, operati felicemente mediante la fissazione dell' utero alle pareti addominali. È stato per me di speciale interesse l' esame dell' utero esportato col metodo di Porro e l'esame della pelvi di quella donna, morta alcuni mesi dopo per una malattia accidentale. È questa, credo, la prima autopsia praticata qualche tempo dopo la guarigione dall'atto operativo: l'interesse sta in questo, che l'estremo superiore del peduncolo avvolto in una nicchia di tessuto cicatriziale si era completamente staccato dalle pareti addominali.

Visitata la clinica di Berna, la locomotiva mi trasporta per le ridenti valli dell'Aar e della Limmat sulle incantevoli rive del lago di Zurigo. Questa elegante città è scaglionata sui colli che fanno corona al lago e discendono a dolce pendio sulle rive della Limmat, che la divide in due parti. Sulla riva destra, sulla sommità di un poggio nel Zurigberg, affatto isolato, si erge il nuovo istituto ostetrico, fabbricato quattro anni or sono. Presso a poco eguale sistema, eguale divisione, eguale comfort della clinica di Berna: ad ogni letto di una paziente vi è persino il bottoncino di un campanello elettrico. A Zurigo è in attività un padiglione d' isolamento. I parti sono in numero di 250 circa: dalla statistica del 1876 traggo come cinque donne vi sieno morte di forme puerperali. Il dott. Otto Roth, medico 1.° assistente del prof. Frankenhäuser, fece gli onori di casa con isquisita cortesia. Accenno alle cose più utili ed importanti osservate. Nella collezione delle pelvi notai squisito esemplare di pelvi spondilolistetica e di pelvi cifotica notevolmente ristretta nel senso trasversale, allungata nel senso antero-posteriore. Nella clinica di Frankenhäuser vidi usati per la prima volta i coni dilatanti di Tupelo, che in seguito vidi preferiti, da molti altri ginecologi ed ostetrici, a quelli di lami-

naria e di spugna preparata. Per chi volesse provvedersene direttamente, sulle scatole che li rinchiudono sta la seguente etichetta:

Sussdorff' s Tupelo (Nyssa) dilators
for dilating the Os and Cervix Uteri
Manufactured by Geo. Tiemann et Co.
New-York.

Ho trovato anch'io molti vantaggi; ve ne sono d'ogni dimensione, sono lisci, si dilatano molto equabilmente, e raggiungono in breve tempo (da 4-6 ore) il quadruplo circa del loro volume. Il prof. Frankenhäuser pratica scrupolosamente la profilassi antisettica: vidi in clinica la sua cinquantesima operata di ovariotomia in 8.ª giornata, apirettica: le ultime 13 operate guarirono tutte: egli di solito divide in due il peduncolo e lo affonda. Nella clinica di Zurigo è relativamente frequente l'anemia perniciosa acuta, ed in essa ho visto un apparecchio ideato dal professore per l' inalazione di ossigeno che sembra essere il mezzo terapeutico più efficace, e si trovava ancora nel comparto una donna convalescente e guarita appunto con tale cura. A Zurigo nel 1.º semestre si insegna l'ostetricia, nel 2.º la ginecologia con quattro lezioni alla settimana. Il materiale ginecologico è più ricco del materiale ostetrico. Anche nel museo osservai preparati interessanti dal punto di vista ginecologico: un linfoangioma delle ghiandole retro-peritoneali, operato col noto processo che si impiega pei tumori ovarici sessili o molto aderenti o sviluppati al di fuori del peritoneo (la donna moriva in 12.ª giornata, quando tutto lasciava sperare una pronta guarigione, per torsione di ansa attorno il peduncolo): un caso di ematometra laterale con rottura della tuba molto dilatata e duplicità dell'utero e della vagina: un caso di utero unicorne con gravidanza nel corno accessorio e rottura di esso nella 7.ª settimana: un caso infine di sarcoma del corpo dell'utero esportato in totalità col metodo di Freund, sei mesi or sono, con morte della donna per shock. I casi di cui ebbi comunicazione di operazione di Freund, e che sinora non vennero pubblicati,

aumentano notevolmente la statistica da me pubblicata, ma nello stesso tempo aggravano la prognosi di quest'atto operativo.

Anche il prof. Bischoff di Basilea operò una volta con esito infausto. L'istituto ostetrico di questa città, benchè grandioso e provvisto di ogni agio, non è però isolato, ma fa parte dell'Ospedale che si eleva nella Hebelstrasse, ed è separato dal corpo di fabbrica anteriore da un grande spazio alberato e verdeggiante, entro cui si trova un padiglione della clinica chirurgica. I corridoi dell' istituto ostetrico sono amplissimi, ben aereati con delle guide metalliche parallele sul pavimento pel trasporto di cibi o di letti. Le donne sono separate in camere da 5 a 6 letti. I parti sono in numero di 350 circa all' anno, ma le operazioni vi scarseggiano in confronto dell'istituto ostetrico di Milano; poco frequenti le viziature pelviche, e di queste più frequente la forma piatta. A quanto vedo e a quanto sento la frequenza di questa viziatura in Italia ed altrove (grado lieve) è tale che non ha quasi torto il Litzmann a dire « das normale Becken ist das platte Becken. » In quest'anno il Bischoff ebbe la fortuna di avere un solo decesso. Pratica scrupolosamente il metodo antisettico, e ad esso attribuisce la guarigione di una serie delle sue ultime operate.

Così le ho dato, egregio Professore, seguendo il suo consiglio ed il suo invito alcuni cenni sulle prime cliniche da me visitate. Se non sono completi sono però esatti e di essi devo essere grato alle accoglienze oneste e liete avute dai professori e dagli assistenti delle cliniche da me visitate. Ora mi trovo sulle rive del Reno, ove le fantasie poetiche della Germania diedero convegno alle Uri ed alle Walkyrie del Wallhalla. Seguirò questo classico fiume fino a Colonia, visitando le cliniche situate a destra ed a sinistra di esso, e le scriverò da Berlino. Se Ella giudica che questa mia possa offrire qualche interesse ai lettori italiani, la pubblichi, se no, la getti al cestino.

Suo devot. ed affez.

DOTT. LUIGI MANGIAGALLI.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI COMUNALI

COMMISSIONE ORGANIZZATRICE

DEL

VI CONGRESSO IN NAPOLI

1879

Napoli, 15 *luglio* 1879.

L'Associazione dei Medici Comunali terrà, verso la fine del prossimo settembre, il suo VI Congresso in Napoli. Oltre a temi d'interesse professionale, si tratteranno argomenti scientifici relativi alla Medicina pubblica, allo svolgimento dei quali tornerà di sommo vantaggio l'intervento di tutti i dotti e reputati medici d'Italia.

Nel darle partecipazione di ciò, il sottoscritto si fa il debito d'invitare la S. V. a far parte del Congresso, interessandola vivamente perchè voglia anche Ella a dar il contributo della sua scienza e della sua pratica.

La Commissione organizzatrice è incaricata di ricevere le adesioni e la tassa di L. 5, mediante le quali Le saranno spedite la scheda d'iscrizione al Congresso e la tessera per godere del viaggio a prezzo ridotto che le Amministrazioni ferroviarie concedono per simili circostanze. Ella quindi, accettando l'invito, potrà dirigersi al prof. Pepere Pasquale, membro della suddetta Commissione, nel locale del Comitato Medico, Via Cisterna dell'Olio, 44.

Alla presentazione dei temi è dato tempo fino al dì 15 di agosto. Quindici giorni prima del Congresso sarà pubblicato il programma relativo, e spedito a tutti coloro che si troveranno iscritti.

Gradisca gli attestati della mia stima e considerazione.

Il Presidente
S. TOMMASI.

Nomina. — Il dott. Giovanni Calderini, professore straordinario di Ostetricia e direttore all'Ospizio di Maternità a Parma, vi venne nominato professore ordinario.

CONCORSI.

R. Università degli studi di Torino. — È aperto il concorso per titoli al posto di medico primo assistente, ed a quello di medico 2.° assistente alla scuola di Ostetricia. Gli aspiranti dovranno presentare le loro domande in carta bollata da 50 centesimi, ed i loro titoli al Rettorato dell'Università non più tardi del 31 agosto. Delle domande e dei documenti presentati dopo la chiusura del concorso non sarà tenuto conto. Le norme del concorso sono determinate dagli articoli 8 e 9 del Regolamento 10 febbrajo 1876. La nomina è fatta per un biennio. Lo stipendio è di Lire 1400 per il primo assistente, e di 1000 pel secondo. Gli altri diritti ed obblighi inerenti a questi offici sono determinati dal Regolamento organico della scuola.

R. Università di Parma. — È aperto il concorso per titoli al posto di medico assistente del R. Istituto Ostetrico. Le domande devono essere presentate al Rettorato non più tardi del 30 settembre a. c. L'aspirante deve aver conseguito la laurea da due anni compiuti, eccezione fatta per gli allievi interni dell'Istituto Ostetrico di Parma, o di altri istituti ostetrici, pei quali basta un anno compiuto. La nomina è fatta per un biennio. Lo stipendio è di L. 1200.

La operazione cesarea col metodo Porro in Francia. — Nella seduta del 29 luglio 1879 dell'Accademia di Medicina di Parigi, il dott. Tarnier presentò una sua operata di taglio cesareo e consecutiva esportazione utero-ovarica (metodo Porro). L'operazione era stata praticata il 20 marzo nella Maternità di Parigi per grave viziatura pelvica da rachitide: il feto era premorto. Antecedentemente avea praticato altra simile operazione per fibromi uterini, con esito infausto. Il dott. Tarnier aveva creduto di essere stato il primo chirurgo che avesse eseguito tale atto operativo in Francia, ma nella successiva seduta del 5 agosto fu presentata alla stessa Accademia una lettera del dott. Frogier nella quale esponeva che il 2 febbraio 1879 a la Charité de Lyon avea praticata la stessa operazione coronata da completo successo.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Volume I. Settembre 1879.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

OSSERVAZIONE

DI

AMPUTAZIONE CESAREA UTERO-OVARICA

(metodo **Porro**)

CON ESITO FELICE PEL BAMBINO E PER LA MADRE

PER IL

Dott. LUIGI MANGIAGALLI

MEDICO 1.° ASSISTENTE NELLA REGIA SCUOLA D'OSTETRICIA DI MILANO

diretta dal

Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

Ognuno, il quale percorra i documenti in cui sta consegnata la storia delle grandi operazioni, resta inevitabilmente colpito dal fatto, che più si accumulano le osservazioni di un dato atto operativo, più va diminuendo la rispettiva mortalità. E questo fatto da tutti invocato, non si spiega soltanto coll'accresciuta perizia dell'operatore, ma col graduato perfezionamento del tecnicismo, vuoi dell'operazione, vuoi della medicazione successiva, per cui da ogni singolo operatore, qualche volta anche inconsciamente, è apportato qualche piccolo tributo al patrimonio comune. Nei grandi atti operativi ogni nonnulla può avere la sua importanza, ed è questo lavorio quasi insensibile, che, a mio avviso, migliora progressivamente la loro prognosi indipendentemente da ogni circostanza di persona, di tempo e di luogo, per cui anche all'operatore, che fa le sue prime prove,

è dato talvolta di compiere l'atto operativo con migliore economia di incertezze, di mezzi, di tempo. Nel campo dell'amputazione utero-ovarica che sta attraversando ancora il suo primo periodo, credo quindi non solo utile ma doveroso il porgere il contributo delle proprie osservazioni, qualunque sia l'esito onde fu coronato l'atto operativo, potendosi trarre utili ammaestramenti tanto dagli esiti fausti quanto dagli infausti, tanto dai trionfi quanto dai rovesci dell'arte. Invero ogni osservazione ha la sua fisionomia clinica speciale e può contribuire ad arricchire l'esperienza universale. Anche la scienza, anche la chirurgia hanno sentito l'influenza dei nostri tempi, e se l'ideazione è privilegio di pochi, il progresso ed il perfezionamento sono opera di tutti. Qui pure, come in campi ben diversi dal nostro, si potrebbe esclamare « l'esprit des individus a cessé pour faire place a l'esprit de tous ».

L'atto operativo escogitato da Porro è ormai accettato dalla generalità degli ostetrici, e per fortuna sembrano terminate le noiose palinodie di coloro, che, a combatterlo, scendevano in campo, o camuffati col manto pastorale, o con untuosa morale, fabbricata a proprio consumo. Per parte mia solo voglio accennare ancora una volta come anche dal punto di vista filosofico l'amputazione utero-ovarica consecutiva al taglio cesareo, rappresenti una evoluzione logica delle idee. Il processo classico rappresenta l'infanzia del taglio cesareo, si sacrifica quasi ineluttabilmente la madre al figlio, si lasciano beanti i margini della ferita uterina permettendo che molte volte si versino per essa il sangue, i lochi e la morte. Colla sutura uterina si compie un progresso e si tenta d'infrenare l'emorragia con mezzo non sempre sicuro: coll'amputazione utero-ovarica si perfeziona arditamente il metodo infrenando in modo certo l'emorragia, togliendo un vasto fomite di auto-infezione, esportando il viscere, che a breve tratto di tempo porrebbe nuovamente a repentaglio la vita della madre. I fatti non potevano non corrispondere allo sviluppo filosofico della idea, e sopra 35 amputazioni cesaree utero-ovariche a mia conoscenza contiamo ora 17 gua-

rigioni (1). È questa la risposta più eloquente che si possa dare ai retori, che ai fatti oppongono le frasi, alle cifre i motti, all'osservazione umile e modesta il lenocinio della parola.

Riproduco quivi la storia clinica quale è riferita nel registro 1879, N.º 143.

Il 13 giugno 1879 entrava nel comparto ostetrico certa Corti Erminia, quivi condotta dalla signora levatrice Chiesa Giovanna, dietro avviso del dott. Agudio che l'aveva consigliata a cercare ricovero nell'Ospizio per tutto quanto fosse stato richiesto dalla grave sconciatura pelvica onde era affetta. L'esame anamnestico ed obbiettivo ci rivelò quanto segue. Donna di 24 anni, alta metri 1,44, ben nutrita ed in apparenza quasi regolarmente conformata, talchè l'esame superficiale di essa non poteva per niente far sospettare che si trattasse di una deformità pelvica tale da rendere indispensabile il taglio cesareo. La sua infanzia e la sua prima adolescenza decorsero regolarmente, senza che si manifestasse alcun fenomeno di quella rachitide che doveva più tardi sconciare così gravemente la sua trafila pelvica. Suo padre è vivente e presenta segni manifesti di pregressa rachitide. Sua madre un po' piccola di statura è pure vivente, sana, robusta. Ha sette tra fratelli e sorelle: una di queste, dell'età di 11 anni, soffre attualmente di rachitide. Questo dato presenta una certa importanza poichè anche la nostra paziente ne fu colpita soltanto al dodicesimo anno di vita. Mentre i dolori più infierivano alla cintura pelvica, alla qual parte rimasero quasi del tutto limitati, per 3 anni circa la paziente continuò a camminare venendone quindi quella speciale deformità pelvica, che, simulando la sconciatura indotta dalla osteomalacia, diede appunto il nome di pseudo-osteomalacica alla pelvi da essa colpita. Altre malattie non ebbe mai a soffrirne. Fu menstruata per la prima volta a 13 anni, mentre era ancora molestata dai dolori all'ossatura pelvica. Dopo,

(1) Considero come guarita la donna operata dal prof. Chiara il 28 agosto, trovandosi essa apirettica in 14.ª giornata. In tal modo nella Maternità di Milano si avrebbe il fatto splendido di tre tagli cesarei guariti di seguito in meno di un anno.

la menstruazione fu sempre regolare per qualità, quantità e periodo. Non sa precisare l' epoca dell' ultima menstruazione, ma ci sa dire che già nove volte venne a mancare il tributo mensile. Non ricorda l'epoca della comparsa dei primi moti attivi fetali. La gravidanza decorse abbastanza regolarmente: nei primi mesi provò fenomeni simpatici poco accentuati e limitati a lieve nausea. Le funzioni dell'apparato nervoso, circolatorio, respiratorio, digerente si compiono fisiologicamente. L'esame dello scheletro condusse a questi risultati. La testa è a tipo brachicefalo, un po' obliquata nel senso longitudinale e verticale, talchè la bozza frontale di sinistra trovasi in un piano alquanto posteriore e superiore in confronto di quella di destra. Zigomi un po' pronunciati; dentatura buona: l'arcata alveolare superiore a bocca chiusa sorpassa l'inferiore in modo normale. Clavicole a curve normali, un po' sporgente il primo pezzo dello sterno e relative inserzioni costali. Scoliosi lombosacrale destra, aboliti gli spazi ileo-costali in proporzione più accentuata a sinistra ove le ultime coste si affondano nella grande pelvi. Insellatura sacro-lombare molto pronunciata. La cresta iliaca di sinistra trovasi ad un livello superiore di circa 5 centim. di quella di destra. Creste iliache spesse, un po' accartocciate a guisa di volute nella parte posteriore, i due terzi anteriori si uniscono col terzo posteriore facendo un angolo abbastanza spiccato. Pube molto rostrato e sporgente a guisa di becco o meglio di naso per introflessione delle branche orizzontali del pube: molto avvicinate le branche ischio-pubiche, le quali anzichè digradare dolcemente verso la loro base, discendono bruscamente e verticalmente dando passaggio stentato ad un dito nella loro parte superiore, e non concedendolo a due dita trasverse in corrispondenza delle tuberosità ischiatiche, introflessi i cotili, più quello di sinistra che quello di destra. Le branche orizzontali del pube, introflettendosi ed avvicinandosi reciprocamente, lasciano fra loro uno spazio della lunghezza di 3 centim. circa e largo appena da dar passaggio al dito esploratore messo di coltello: al punto d' inflessione

quella di destra forma un ginocchio pronunciatissimo mentre è più dolce l'inflessione della branca sinistra: molto facilmente raggiungibile il promontorio, sacro mediocremente curvo. Gli arti inferiori sono della stessa lunghezza e presentano femori leggermente arcuati e così pure la tibia di destra. Gli arti superiori sono gracili, ma ben conformati.

La misurazione delle pelvi diede le seguenti cifre:

Fr. Sp. 20.
Fr. Cr. 21,5.
C. E. 17
Obl. d. 22. Obl. s. 22. 8.
Fra i gran trocanteri 26.
Altezza dell'osso iliaco di d. 20.
id. id. id. di s. 19.
Circonferenza pelvica 71.
C. D. 72-75.
Microcorda destra (Pelv. Van Huevel) 40-45 mm.
id. sin. id. 35-40 mm.
Biischiatico mm. 32.

Passiamo ora all'esame dell'addome e delle parti sessuali. Il ventre era molto sporgente all'avanti, leggermente propendulo, in causa della notevole obliquità anteriore del viscere gestante. Questo è quasi egualmente sviluppato nel suo senso verticale e trasversale.

Dallo sterno al pube.	centim.	38
Dal pube al fondo dell'utero	»	34
id. al bellico	»	16
Circonferenza addominale massima a donna supina	»	83

Ovoide fetale adagiato trasversalmente, testa a destra, dorso rivolto anteriormente: battito fetale colla massima intensità sulla linea mediana, al disotto dell'ombellico e diffondentesi precipuamente in senso trasversale; soffio uterino nel quadrante

inferiore di destra. Col riscontro vaginale e per la deformità pelvica e per l'elevazione dell'utero e l'allungamento della vagina, riesce impossibile determinare esattamente le condizioni del collo di cui non si raggiunge a mala pena che l' apice. Mammelle, emisferiche, di sviluppo ghiandolare mediocre, areola secondaria poco sviluppata; scarso sviluppo dei tubercoli di Montgomery, cappezzoli pervii.

Riepilogando, l'esame della donna ci apprese esser la gravidanza nel nono mese e trattarsi di una pelvi sconciata tardivamente dalla rachitide, in modo da apportare le deformazioni speciali dell'osteomalacia ed in grado tale da rendere indispensabili le estreme risorse dell'arte. La coniugata diagonale era di 72-75 mm., ma una notevole deduzione era a farsi onde avere lo spazio realmente utile, poichè le branche orizzontali del pube introflettendosi ed avvicinandosi, toglievano alcuni centimetri al diametro sacro-pubico: inoltre l'introflessione dei cotili diminuiva lo spazio laterale e le branche ischio-pubiche erano talmente avvicinate da rendere non solo malagevole e disastrosa l'introduzione degli strumenti embriotomici, ma affatto impossibile. Quando si rifletta che in questo caso la viziatura pelvica era anche complicata da presentazione del tronco, era facile l'arguirne che niun altro partito ci restava fuorchè aprire una via artificiale al prodotto del concepimento. E tale fu l'avviso concorde dell'egregio mio maestro, a cui per lettera avevo esposto minutamente il triste caso, del dott. Casati, medico primario in questo Ospizio, chiamato a consulto, e dell'egregio dott. Agudio, che, dopo aver visitato la donna a domicilio, dietro mio invito, ebbe la cortesia di comunicarmi per lettera la propria convinzione. Deciso quindi d'aprire una via artificiale al prodotto del concepimento, mi appigliai al partito di praticare il taglio cesareo col processo di Mauriceau, facendolo seguire deliberatamente ed indipendentemente da ogni eventuale accidente, dall'amputazione utero-ovarica, convintissimo essere questo il processo il quale meglio assicurasse i giorni della paziente. Mi confortarono a tale decisione l'esperienza acqui-

stata nell'assistere il mio egregio maestro prof. Chiara in tre simili operazioni, il fatto che la gastro-elitrotomia dovesse essere in questo caso singolarmente difficile, non essendo accessibile la volta vaginale per la grave deformità pelvica, e la considerazione che la cucitura delle pareti uterine, malgrado l'esito felice testè ottenuto dal dott. Belluzzi attraverso molte peripezie che depongono contro il metodo stesso, non ci assicurava meglio contro la emorragia eventuale, lasciava un vasto fomite d'infezione, e lasciava alla donna un organo che con ogni probabilità, dato l'esito felice, avrebbe nuovamente minacciato la vita della donna, come gli annali della scienza ne riferiscono molti esempi. Alla donna, decisa al taglio cesareo, non feci parola della modificazione che io avrei adottato nel processo operativo, non parendomi umano che le ansie sue venissero aggravate dall' idea di una grave mutilazione, non solo, ma sperando anche che la discrezione dei presenti la lasciasse inconscia anche per l'avvenire della sofferta mutilazione che, nel caso attuale, d'altronde, doveva poi imporsi a qualunque timorata coscienza come estremo partito, onde non lasciarla morire esangue. Non abituato neppure nella vita scientifica ai facili compromessi, ho voluto quivi esprimere francameute ed intieramente il mio pensiero.

Il giorno 18 cominciarono scarse contrazioni uterine, le quali passavano quasi inavvertite e si rilevavano solo per lieve induramento del viscere. Alla sera di detto giorno la testa si era sostituita al tronco, era perfettamente libera e poggiava sul ciglio della linea d'incoronamento a destra.

Seguendo le idee del prof. Chiara, era mio intendimento di praticare l'atto operativo prima che il travaglio fosse molto avviato, sembrandomi non dubbi i vantaggi; presi quindi le opportune disposizioni per praticare l'atto operativo il giorno 19 alle due pomeridiane poichè all'una dello stesso giorno doveva arrivare il professore, che volenterosamente abbandonava gli ozii della campagna per assistermi co' suoi consigli e colla sua illuminata esperienza. Ma nel campo ostetrico l'imprevisto

ha sempre la maggior parte: alle 9 $^1/_2$ antimeridiane, mentre io facevo lezione clinica alle allieve levatrici, mi si avverte essersi rotte all'improvviso le membrane con scolo di liquido intensamente tinto di meconio. Mi convinsi tosto del fatto, ma quello che più m'impensierì si fu che il battito fetale era indistinto, quasi impercettibile: assicuratomi che il cordone non era procidente, feci rialzare molto la pelvi della donna onde ovviare a tale inconveniente, e nella speranza, mediante la contemporanea amministrazione di 40 goccie di laudano, di ovviare per quanto fosse possibile allo scolo completo delle acque ed alla compressione esercitata dalle contrazioni uterine — e poichè il taglio cesareo era deciso anche a feto morto — estrassi dall'olio fenicato al 10 $^0/_0$, ove erano stati riposti il giorno antecedente, gli strumenti, che vennero poi ordinatamente disposti, previa lavatura nell'acqua fenicata al 5 $^0/_0$ tra fogli di garza dal dott. Negri secondo assistente. Fortunatamente si trovavano nell'Ospizio l'egregio dott. Casati, medico primario e l'egregio dott. Benazzi solito a frequentare l'Ospizio. Il dottor Benazzi venne pregato di incaricarsi della anestesia, mentre il dott. Casati si esibì gentilmente per sostenere le pareti addominali, ed il dott. Negri venne incaricato di porgere gli strumenti e di coadiuvarmi nell'atto operativo. Le signore Bertocchi, levatrice maestra, Urbano, levatrice prima assistente e Borgonovo, seconda assistente, furono incaricate di sorvegliare tutto quanto concerneva l'applicazione rigorosa delle norme Listeriane durante l'atto operativo. La temperatura della camera era di 18° C. Un potente nebulizzatore a vapore posto ai piedi del letto, avvolgeva operanda ed operatore in una nube fenica, mentre ai lati dell'operanda due polverizzatori Richardson gettavano una nebbia fenica sul campo stesso operativo. Vennero rasi diligentemente i peli, venne fatta un' iniezione fenica prolungata in vagina, onde detergerla bene e rendere antisettico anche lo sbocco inferiore del futuro moncone: la pelle dell'addome, le mani dell'operatore e degli assistenti vennero lavate in soluzioni al 3 $^0/_0$. Introdotto un catetere metallico

maschile in vescica, praticai l'incisione delle pareti addominali, da un centimetro al disopra della cicatrice ombellicale circuendo questa a sinistra, fino *a 2 centimetri circa* al disopra della sinfisi pubica. Già deciso antecendetemente a non fare tentativi di estrazione dell' utero prima di evacuarlo, feci una piccola incisione sulla linea mediana della superficie uterina che si presentava, in alto, estendendola poi in basso e rapidamente con un coltello bottonuto guidato con due dita della mano sinistra. L'incisione cadde sulla superficie placentare in pieno, e molto vicino al margine uterino sinistro, benchè avevo cercato di correggere l' obliquità e la torsione abituale dell' asse uterino. Il sangue zampillava dalle arterie recise delle pareti uterine, e si versava a fiotti dalla superficie placentare, ma l'estrazione rapida del feto (pel capo) e l'applicazione dell'ansa l'infrenarono tosto. Per l'estrazione dell'utero introdussi tre dita nel cavo uterino uncinando l'angolo superiore della ferita, per la costrizione mi servii di filo di ferro ricotto del d. di 1 mm., e del costrittore Cintrat (grande modello). Reciso l' utero due centimetri al disopra dell'ansa, il moncone si mostrava perfettamente esangue — nel centro del moncone sporgeva l'estremo troncato di una grossa arteria, che presentava quasi il calibro di una omerale, per cui credetti prudente praticarne la legatura mediante un grosso filo di seta fenicata. Le pareti addominali vennero sempre così bene contenute dal dott. Casati, che il sangue si riversò tutto al di fuori, e non fece capolino che un tratto di omento all'angolo superiore della ferita, le anse intestinali rimasero accasciate, pallide al fondo addominale. La toeletta peritoneale fu quindi prontissima e s'impiegarono all'uopo solo tre piccole spugne morbidissime. Passai quindi ad assicurare il moncone, nella quale bisogna procedetti nel seguente modo: ebbi anzitutto cura di raccogliere all'angolo inferiore della ferita addominale ed ai margini di essa il peritoneo parietale, e quindi mediante un'asta lanceolata a punta mobile, passando al disotto dell' ansa costrittrice, trafissi pareti addominali e moncone, levando quindi la punta mobile; ciò fatto con cordoncino

di seta fenicata feci sull'asta alcuni giri a cifra otto: indi mediante due fili d'argento, infilati rispettivamente in due aghi, superiormente ed inferiormente al moncone, trafissi pareti e moncone, venendo colla punta degli aghi superiori ed inferiori ad escire sul medesimo punto lateralmente, rinchiudendo così il moncone in un circolo mediante due c che venivano ad unirsi colla loro estremità: avendo avuto cura anche di raccogliere diligentemente il peritoneo parietale, questo veniva a trovarsi a contatto col viscerale del peduncolo, colla speranza quindi di più pronto coalito per l'affrontamento di due superficie sierose: disteso l'omento al dinanzi delle anse intestinali, il rimanente della ferita addominale venne chiuso mediante 12 punti di sutura metallica, di cui 7 profondi e 5 superficiali, servendomi di filo d'argento di due gradazioni, di cui la grossa per i profondi, la piccola per i superficiali. Il drenaggio venne omesso deliberatamente. L'atto operativo durò 28 minuti compresa la sutura e non venne accompagnato da alcun accidente; l'anestesia mista etero-cloroformica fu perfetta; l'ammalata non ebbe vomito nè durante nè dopo, e si svegliò quando si applicavano gli ultimi punti di sutura. Si pennellò il moncone con percloruro di ferro: s'introdusse una siringa elastica in vescica lasciandola a permanenza e si lasciò applicato il costrittore di Cintrat, assicurandolo alla coscia destra, riservandosi di levarlo più tardi, quando avessi acquistato la convinzione essere inutile ogni successivo costringimento. Medicazione alla Lister, applicando sulla ferita immediatamente la garza perchè più atta ad assorbire i liquidi segreti dalla ferita nelle prime 24 ore, riservandomi di applicare il *protective silk* alla seconda medicazione.

L'utero esportato pesa 800 grammi: è più sviluppato nel senso trasversale che nel longitudinale, poichè il diametro trasversale massimo è di 14 $^1/_2$ centimetri, il longitudinale di 13; le sue superficie non offrono nessuna di quelle increspature del rivestimento sieroso, quali esistevano negli altri tre casi operati in questa Maternità, e quali sono riprodotte in alcuni

schizzi di un lavoro di Duncan. Il corpo luteo riferibile all'attuale gravidanza trovasi nell'ovaio di destra; la ferita longitudinale è caduta in vicinanza del margine sinistro: l'utero è stato reciso appena al disotto dell'orificio interno: la ferita verticale è separata dall'orizzontale da un piccolo ponte di sostanza uterina, particolare di qualche importanza poichè ci assicura che al disotto dell'ansa costrittrice non vi sono le labbra beanti di un tratto della incisione longitudinale. Anche in questo caso l'utero presenta laminati gli strati più superficiali dell' apice del suo cono per lo scivolamento del filo metallico all' atto della costrizione.

Il bambino di sesso maschile è vivo, è sano, ben conformato, del peso di 2600 grammi e misura 48 centimetri. Che la sua madre mutilata del viscere gestante dalle esigenze della umanità e dell'arte, possa a lungo consolarsi alla sua vista, e le arrida la fortuna di M.ress Reynoldsd i cui parla Harris in una Memoria sul taglio cesareo in America, di vedere assisa al suo desco in un tempo avvenire la prole di suo figlio.

Dal diario clinico dell' operata trassi le notizie più importanti riguardo al decorso ed al trattamento successivo.

19 *giugno.* — Dopo l'atto operativo T. 37, 5. P. 64, R. 24. Siringa a permanenza; applicazione di ghiaccio a permanenza; amministrazione di pillole d'oppio di un centigrammo ciascuna, ogni ora fino a prenderne sei; dopo l' operazione dormì due ore. Al risveglio fisionomia calma e composta.

Alle 3 p. T. 37, 8, P. 68, R. 24.

20 *giugno.* — Alle 8 ant. T. 37, 5. P. 72. R. 23. Riposò bene nella notte; fisionomia calma; non vomito, non brividi; urine limpide; brodo e vino di Champagne.

Alle 3 p. T. 37, P. 75, R. 24.

Le urine sono divenute di color verde scuro per acido fenico.

Alle 8 p. T. 38, 4, P, 80, R. 24.

Rinnovazione della medicazione, lieve perdita sanguigna ai contorni del moncone, il quale è sormontato da tumescenza, della grandezza di un uovo di gallina, a superficie liscia, a colorito bluastro, che ci lascia indecisi sul suo punto d'origine, ma che si dimostra costituito di sangue dietro una puntura coll'ago di Pravaz. Si aumenta la costrizione di due passi di vite e si circonda la base del peduncolo e si ricopre la tumescenza anzidetta di cotone antisettico al percloruro di ferro (1).

Nel giorno prese tre pillole di oppio.

21 *giugno.* — Alle 9 ant. T. 38. P. 84. R. 30.

Dormì bene tutta la notte; nessun accenno a fenomeni di peritonite o di infezione; rinnovazione della medicazione; più rassodata ma ancora un po' fluttuante la tumefazione indicata; riapplicazione del cotone al percloruro; si continua col ghiaccio.

Alle 3 p. T. 37, 7. P. 88 R. 20
Alle 8 p. » 38, 4, » 100 » 24.

Sospeso l'uso dell'oppio; nel giorno brodo, tapioca, vino di Champagne; urine sempre intensamente fenicate.

22 *giugno.* — Alle 8 a. T. 37, 5 P. 96 R. 24.

Dormì poco nella notte; dolori intestinali, contro cui nella notte prese 3 pillole di oppio, non vomito, non brividi, urine sempre verdastre; calomelano (0, 30) ed un clistere di acqua saponata; rinnovazione medicazione, durezza pronunziata della tumescenza, si leva il costrittore, si cangia la siringa mantenuta in vescica.

Alle 3 p. T. 37, 7 P. 100 R. 24.

Una seconda polvere di calomelano (0, 30). Alla sera una

(1) Questo cotone antisettico al percloruro di ferro per ricoprire il moncone parmi più utile che non i sacchetti di gesso bituminato di cui vidi far uso nella clinica di Carlo Braun a Vienna e la mummificazione che si ottiene con essa parmi tale vantaggio da raccomandarlo caldamente per la medicazione del moncone.

scarica molto abbondante, dopo la quale i dolori cessano e la donna sentesi molto meglio.

Alle 8 p. T. 38, 2 P. 100 R. 24.

Nel giorno prese brodo, pantrito, vino.

23 *giugno.* — Alle 8 a. T. 37, 9 P. 98 R. 24.

Dormì bene tutta la notte senza far uso di pillole; fisionomia buona; urine sempre intensamente fenicate; rinnovazione della medicazione.

Alle 3 p. T. 37, 9 P. 104 R. 24.

Verso sera due defecazioni spontanee di materie poltacee nerastre. Nel corso del giorno brodo e due pantriti con vino di Bordeaux.

24 *giugno.* — Alle 8 a. T. 37, 7 P. 104 R. 22.

Rivoluzione lattea avviata, seno tumido un po' dolente, spontaneamente ed alla pressione; riposò bene nella notte: ebbe due scariche alvine liquide.

Ventre perfettamente indolente.

Alle 3 p. T. 38, 3 P. 108 R. 24.

Tolta la vescica di ghiaccio, tolta la siringa a permanenza; rinnovazione della medicazione.

Alle 8 p. 38, 3 P. 108 R. 24.

Vittitazione come il giorno antecedente.

25 *giugno.* — Alle 8 a. T. 38, P. 96 R. 20.

Sempre bene; urine sempre ricche di acido fenico e colla colorazione caratteristica; ghiandola vulvo-vaginale di sinistra tumida, della grandezza di una piccola noce, indolente con edema del labbro corrispondente. Solita medicazione.

Alle 3 p. T. 38 P. 96 R. 20
Alle 8 p. » 38, 8 » 108 R. 22

26 *giugno.* — Alle 8 a. » 37. 8 » 92 » 20.

Notte calma, tranquilla; rinnovazione della medicazione; la tumescenza del moncone è di durezza lapidea, si taglia strato a strato tutta la zona indurita dall' applicazione del percloruro di ferro, rinnovando l'applicazione di cotone al percloruro sulla superficie del moncone proponendosi in tal modo di mummificare successivamente e recidere i diversi strati di esso, e quindi di esportare mano mano gli strati mummificati. Si tolgono i 5 punti superficiali sostituendoli con strisce di garza, applicate con collodion alle pareti addominali mediante un loro estremo, e coll'alto estremo annodate fra loro in modo da tenere queste avvicinate. Le urine si vanno facendo meno colorate.

Alle 3 p. T. 36, 8 P. 100 R. 24
Alle 9 p. » 38 » 100 » 24.

Vittitazione molto più abbondante, costituita da uova, zuppa, minestra, vino di Bordeaux; cateterismo.

27 *giugno.* — Alle 8 a. T. 37, 2 P. 94 R. 20
Alle 3 p. » 37, 7 » 97 » 24
Alle 8 p. » 37, 9 » 96 » 24.

28 *giugno.* — Alle 8 a. T. 37, 6 P. 94 R. 24
Alle 3 p. » 37, 5 » 92 » 24
Alle 8 p. » 37, 1 » 96 » 24.

Si levarono altri due punti; defecazione in seguito a clistere di acqua salata; si continua nella tosatura del moncone; cateterismo; le urine non contengono più acido fenico, ma sono alquanto torbide per muco; reazione acida, P. S. 1035. Non albumina; sedimento abbondante bianco-giallognolo, costituito all'esame microscopico di cellule embrionali, con poche cellule di epitelio vescicale ed abbondanti cristalli di acido urico.

29 *giugno.* — Alle 8 a. T. 37, 5 P. 92 R. 24
Alle 3 p. » 38 » 100 » 24
Alle 8 p. » 38, 3 » 100 » 24.

30 *giugno.* — Alle 8 a. T. 37, 7 P. 96 R. 24
Alle 3 p. » 38 » 100 » 24
Alle 8 p. » 38 » 100 » 24
Alle 8 p. » 38 » 100 » 24.

1 *luglio.* — Alle 8 a. T. 37, 3 P. 92 R. 20
Alle 3 p. » 37, 4 » 96 » 20
Alle 8 p. » 37, 8 » 96 » 20.

Caduta del peduncolo, lasciando a nudo un infundibolo della profondità di 4 $^1/_2$ centimetri con orificio di 3 centimetri nel senso anteroposteriore, di 4 nel trasversale, con due solcature nella pelle corrispondenti alla lancia collocata trasversalmente la quale presentasi *incurvata* per le trazioni costanti esercitate su di essa dalla retrazione lenta ma continua del peduncolo; l'ansa strozzante è rappresentata da un circolo del diametro di 23 millimetri.

2 *luglio.* — Alle 8 a. T. 37, 4
Alle 3 p. » 37, 8.

Lievi turbe isteriche (1).

3 *luglio.* — Alle 8 a. T. 37, 2
Alle 3 p. » 38
Alle 8 p. » 37, 8.

Nel seguito del decorso apiressia completa.

5 *luglio*. — Detersione completa dell'infundibolo il quale per granulazione lussureggiante delle sue pareti si rimpicciolisce rapidamente, talchè è chiuso il 16 luglio e sostituito da una piccola piaga piana di forma romboidale, alla quale epoca la

(1) A tale proposito credo interessante il notare, come nell'ultima operata di Braun Carlo, da me esaminata in Vienna, quando era già guarita dall'atto operativo, si sviluppò una forma di psicosi per cui per 15 giorni non pronunciò motto e si rifiutò assolutamente ad ogni cibo, onde si dovette nutrirla artificialmente, con notevole marasmo conseguente. Alla mia partenza però si era alquanto ristabilita, parlava e prendeva cibo, e tutto dava a sperare prossima la risoluzione della crisi.

donna si alzava già da quattro giorni. Venne dimessa dall'ospizio il 22 luglio. Prima della dimissione il riscontro vaginale rilevò quanto segue: collo uterino affatto mobile, piccolissimo (un dito mignolo), spostato verso l'arco pelvico anteriore mentre il fornice vaginale è piuttosto elevato, massime posteriormente. La mobilità estrema dell'utero ci fa presuporre essere avvenuto od essere prossimo a verificarsi il distacco del moncone uterino dalle pareti addominali, come a Berna verificai essere avvenuto nel preparato risguardante la donna operata da Müller e morta alcuni mesi dopo per malattia accidentale.

Nelle grandi operazioni che si praticano nel cavo peritoneale, se noi facciamo astrazione dai casi, in cui la morte avvenne per accidenti non abituali come emorragie, malattie intercorrenti, ecc., l'esito letale può ascriversi a due ordini di cause, alla peritonite settica per cui le donne soccombono dalla 2.ª alla 15.ª giornata, ovvero allo shok, parola conosciuta in tutte le lingue e che racchiude ancora concetti alquanto vaghi od indeterminati, per cui le donne muoiono immediatamente o nel corso del 1.° giorno. L'esperienza clinica e l'esperimento si accordano mirabilmente su questo punto, come ha messo in piena luce il Wegner nel suo splendido lavoro sul cavo peritoneale. L'attenzione dell'operatore deve essere quindi rivolta ad evitare e l'uno e l'altra, poichè « la sierosa peritoneale, per sè, » possiede, come forse nessun altro organo ad eccezione del » derma, una spiccata tendenza alla pronta guarigione delle » ferite per prima intenzione, come pure ad incapsulare ed a » rendere innocui corpi stranieri in essa penetrati » (1). Alla produzione dello shok concorrono straordinariamente la durata dell'atto operativo e il conseguente raffreddamento della sierosa peritoneale. In animali (conigli, gatti, cani) a cui Wegner aprì il ventre dalla cartilagine ensiforme al pube, mantenendoli in ambiente a 15°-18°, osservò la paralisi rapida-

(1) Wegner. Considerazioni chirurgiche sul cavo peritoneale (Archiv. f. Klinische Chirurgie, XX, Bd. I H). V. la rivista da me fattane (Annali Universali di Medicina, 1876).

mente insorgente dell'intestino, l'abbassamento progressivo della temperatura, la diminuzione dell'attività respiratoria in nesso abbastanza esatto coll'andamento della temperatura, e quindi la morte, senza che si trovassero traccie di peritonite. Quindi l'interesse pratico per il chirurgo, riguardo al tempo in cui deve stare aperto il cavo peritoneale, e alla temperatura dell'ambiente e dei liquidi nebulizzati. Da questo punto di vista, perciò, l'amputazione cesarea utero-ovarica permette una prognosi più favorevole che non un'ovariotomia un po' complicata, potendo compiersi l'atto operativo con tutta rapidità: mentre l'emorragia può essere infrenata così rapidamente coll'apposizione dell'ansa già preparata, da non pesare molto nella bilancia in un parallelo che si volesse istituire tra l'uno e l'altro atto operativo. Nell'amputazione cesarea utero-ovarica merita invece ogni riguardo il trattamento del peduncolo, per la necessità, o almeno, a mio avviso, per l'opportunità di assicurarlo all'esterno, a motivo dei grossi tronchi arteriosi che vi decorrono e per lo inesorabile retraimento che deve subire per l'involuzione di quanto resta di tessuto uterino.

Per quanto seduca l'idea di affondare il peduncolo nel cavo peritoneale, solo l'esperienza ripetutamente felice di altri potrebbe indurmi ad accettarla, giacchè la mia mente difficilmente comprende come possa incapsularsi o rendersi per altro mezzo innocua una porzione sì vasta di sostanza organica, e come la allacciatura unica o molteplice mediante seta fenicata o catgut possa sufficientemente assicurarci sopra una perfetta emostasia. Ma assicurando il peduncolo all'angolo inferiore della ferita, quale processo di costrizione ci si presenta come migliore? Spaeth parteggia per la catena dell'écraseur, perchè colla sua linea ondulata e spezzata sembra evitare meglio nonchè la recisione del peduncolo, anche lo scivolamento dell'ansa costrittrice verso l'apice del cono uterino. Ma nei quattro casi di cui fui spettatore ed attore, tanto col filo quanto colla catena ebbi sempre ad osservare quel laminamento degli strati più superficiali dal punto in cui primitivamente veniva collocata l'ansa,

fino al punto in cui veniva ad arrestarsi a costrizione completa. Il consiglio dato dal mio egregio maestro di dividere in due parti il moncone può servire egregiamente ed a togliere tale inconveniente e a facilitare il distacco consecutivo del moncone: ma nel mio caso l' emorragia imponente imperiosamente m' ingiungeva di stringere immediatamente ed in modo qualunque, onde avere salva la donna. Quindi l' impossibilità di dividere il moncone per evitar ogni perditempo qualsiasi, il che avrei fatto ove avessi avuto a mia disposizione un tubo di Esmarch, onde frenare subito ed efficacemente l' emorragia. E dopo l'applicazione e la costrizione dell'ansa, inopportuna mi sembrava la divisione del peduncolo, appunto per lo scivolamento all' ingiù dell' ansa primitivamente applicata, ondechè sarei caduto troppo in basso ove una nuova duplice costrizione avessi voluto esercitare. Lo stesso caso pose, anche nella mia mente, il problema se un clamp ad hoc non fosse il mezzo più ovvio non solo ad evitare lo scivolamento all'ingiù e quindi il laminaggio degli strati uterini più esterni, ma anche ad assicurare efficacemente il peduncolo. Ad arte non praticai il drenaggio e perchè le mie idee in proposito sono perfettamente consone con quelle esposte dal professor Chiara, e perchè nel caso concreto mi pareva particolarmente controindicato, nessun liquido essendosi versato nel cavo peritoneale. Del resto, dato che l'operazione sia realmente circondata da rigorose cautele antisettiche io sottoscrivo pienamente alle conclusioni di Kaltenbach, che il così detto drenaggio profilattico contraddice le misure adottate contro la setticoemia, che l'introduzione della cannula implica una maggiore esposizione del peritoneo agli agenti esterni ed una intensa irritazione meccanica del peritoneo e che infine frequentemente mancano o non possono essere stabilite le condizioni meccaniche per l'efficacia del drenaggio, poichè molti essudati peritoneali non gravitano nello spazio di Douglas (1). Prima di por termine a questa mia espo-

(1) Beiträge zur Anatomie und chirurgischen Behandlung der Ovarial tumomoren. — (Zeitschrift b. Gebürtsh. u. Fauenkrankh. 1 Bd. 34).

sizione debbo far cenno d'una circostanza che non credo affatto priva d'interesse pratico. Per 7 giorni consecutivi la mia operata ebbe a presentare le urine di color verde scuro, caratteristica delle urine che eliminano acido fenico dall'organismo. Confesso il vero; questa lunga persistenza dell'acido fenico nelle urine m'impensierì alquanto e avevo già divisato di sostituire la medicazione fenica con altra che le s'avvicinasse per efficacia. Senonchè, ad eccezione d'una lieve inappetenza, mai non ebbi ad osservare fenomeni di attossicamento fenico, il che dimostra una volta di più, come sia nel vero Bardeleben, negando che il colore dell'urina sia per sè sintomo d'avvelenamento. Tanto varrebbe affermare trattarsi di avvelenamento di jodo ogni qualche volta le urine presentano la facile reazione di questo metalloide (1). Nell'antecedente amputazione cesarea utero-ovarica praticata dal professore io aveva bensì osservato tale colorazione delle urine, ma si era essa limitata a 36 ore, ed anche quella donna non aveva presentato fenomeni tossici speciali. Il quadro fu invece imponente in una donna da me operata di fistola retto-vaginale nel primo giorno di puerperio: in essa si erano appunto prescritte frequenti irrigazioni vaginali feniche allo scopo di impedire ogni soggiornare dei lochi nella vagina: dopo alcuni giorni, nel cuor della notte venni chiamato perchè fenomeni spiccati di collasso faceano temere prossima la sua fine: era specialmente notevole la frequenza del respiro (60), le pupille erano midriatiche, il sensorio turbato e il polso filiforme, quasi impercettibile. — L'uso degli stimolanti cutanei, l'amministrazione della tintura di muschio, le iniezioni ipodermiche di etere richiamarono la vita, che sembrava dovesse sfuggire di momento in momento. La temperatura, che in quel giorno era 40°, discese a 36° durante il collasso, risalì a 37° .2 quando ogni fenomeno tossico fu dissipato, e si mantenne dopo sempre nei limiti delle

(1) L'acido fenico è eliminato in gran parte dall'organismo sotto forma di acido fenil-solforico: quanto alle diverse gradazioni di colorito osservate del verde-olivo al verde-nero, esse sono dovute ad un principio colorante, derivato dall'acido fenico, ma di cui non si conosce ancora la composizione.

oscillazioni fisiologiche. — Oggidì in cui da taluno si arrivò al punto d'attribuire all'acido fenico molti casi di morte per shok, ed anche di considerare come dovuti all'attossicamento per acido carbolico alcuni casi di *febbre traumatica settica* pubblicati da Volkmann, potrebbe per avventura raffreddarsi l'entusiasmo nostro per l'acido fenico e sostituirlo coll'acido salicilico o col thymol, se tali timori non sembrassero affatto esagerati. Infatti, secondo le ricerche di Husemann, la dose mortale sarebbe di 0,5 per 1000 del peso corporale di un animale, e secondo Küster, in un uomo del peso di 60 chilogr. sarebbe necessario l'assorbimento di 21 grammi di acido fenico per provocare accidenti mortali. Il che non so capire come possa essere realizzabile adoperando soluzioni al 2 per cento, quando si pensi che la massima parte della nebbia va dispersa sul letto, sulla superficie cutanea dell'operata, sugli abiti dell'operatore, e non è che una minima parte di essa che penetra nel cavo peritoneale. Del resto, nel caso da me operato, due polverizzatori Richardson gettavano contemporaneamente nebbia nel campo operativo oltre al polverizzatore a vapore, e malgrado della colorazione verdognola sì a lungo presentata dalle urine, nessun fenomeno tossico si ebbe a constatare, per cui mi pare possano essere rifrancati coloro che di troppo paventano per i casi pubblicati di attossicamento. Prudenza sì, ma non abbandono, o insufficiente uso di un mezzo, che combatte così efficacemente la seconda causa di mortalità, accennata in principio di queste riflessioni, vale a dire la peritonite settica. Per conto mio l'entusiasmo non è punto scosso, e parmi che a Lister, meglio che ad ogni altro chirurgo del nostro secolo, ripensando agli splendidi successi ottenuti nel campo chirurgico, possa ripetersi il motto:

si monumentum quæris, circumspice.

SOPRA LA ESCISIONE DEI MIO-FIBROMI SESSILI

DELLA

CAVITÀ UTERINA

NOTA

del Prof. OTTAVIO MORISANI

(*Continuazione e fine*).

Dopo circa 3 mesi (fine di marzo), ella mi assicura godere florida salute, e mestruazioni perfettamente normali.

Il primo tumore (fig. 1.ª) ha forma e superficie irregolare e mammellonata; a circa 4 centim. di altezza si nota un solco, traccia del sito ove cadeva la costrizione operata dall'orifizio esterno del collo uterino. La base è larga con circonferenza di circa 12 centim.; il tumore ha notevole consistenza; è di colorito giallo e roseo in alcune chiazze. In vicinanza della base presenta come un margine sottile e rilevato, il quale è formato dal limite di sezione della mucosa uterina, la quale è fortemente aderente alla sostanza del tumore. La superficie basica distaccata è abbastanza regolare, con qualche lacinia corta e sottile.

Fatto un taglio lungo l'asse maggiore in modo da dividere il tumore in due parti uguali, si possono notare grosse lacune vasali ripiene di sangue, numerose più nel tessuto della mucosa, la quale si mostra di molto assottigliata. Pel resto la struttura del tumore macroscopicamente sembra fatta da fasci di tessuto di aspetto grigiastro, i quali si intrecciano in di

verse direzioni. Al microscopio si trova tessuto connettivale fitto con fasci numerosi di fibre muscolari lisce.

Molto più grosso del primo è il secondo tumore (fig. 2.ª) la cui esterna superficie è levigata e rivestita dalla mucosa; la parte inferiore, regolarmente convessa, presenta alcune lacerazioni, prodotte dalla pinzetta di Museaux adoperata per afferrarlo. La base poi è molto più larga (18 centim. di circonferenza circa), ed ha parecchie lacinie, delle quali una molto più delle altre lunga; anch' esso tiene un piccolo margine rilevato intorno alla superficie di sezione, ma non così regolare come il precedente, invece lievemente sfrangiato di tratto in tratto. Anche qui sulla superficie del taglio, che è perfettamente netta attesa la compattezza del tessuto neoplastico osservasi la stessa quantità di vasi a lacune, come nell'altro tumore, e si disegnano i medesimi fasci di tessuto grigiastro, che si comportano nello stesso modo.

I tagli sottili fatti su diversi punti del neoplasma si mostrano al microscopio formati di tessuto fibroso, in cui notansi abbondanti fasci di fibre muscolari lisce. Però in alcuni punti si trovano i caratteri di un connettivo piuttosto giovane, e in qualche sito, ove la preparazione è più felice, si possono distinguere veri elementi fusiformi, a grosso nucleo granuloso: anche in questi punti però non mancano le fibre muscolari visibili per la forma a bastoncino dei loro nuclei.

III.

Queste osservazioni confermano ciò che già è noto, che cioè sovente i mio-fibromi possono svilupparsi ed anche acquistare un certo volume, senza dare alcun segno apprezzabile della loro esistenza. Ed anche quando alcun segno subbiettivo si mostri, questo è così incerto ed infedele, da non poter dare non che certezza neppure la probabilità dell'esistenza del tumore uterino. Ciò va detto principalmente per le varietà sotto-peritoneali ed interstiziali; forse un tantino più accentuata è la

sindrome dei fenomeni subbiettivi nelle varietà sottomucose, ma non mai in guisa da fornire elementi sicuri di diagnosi. Sovente nelle donne di età avanzata tutti i fenomeni si riducono ad un senso di peso all'ipogastrio, a qualche difficoltà nell'emissione dell'orina e delle feci, e più nulla.

In età meno inoltrata, e mentre dura la vita sessuale, le perdite di sangue, ed i dolori del basso ventre sono i sintomi principali del morbo, ed i più frequenti ad osservarsi. La perdita di sangue coincide molto spesso con le epoche mestruali (menorragia); ha varie proporzioni; discreta non raramente, è certe volte tanto abbondante da richiedere un trattamento energico ed efficace per essere infrenata. La perdita si ripete spesso in molti ritorni mestruali successivi; ma non è raro osservare ad una perdita menorragica succedere nel nuovo ritorno una mestruazione eccedente di poco le normali proporzioni, senza che sia intervenuta nella malattia alcuna sensibile modificazione.

Varia è l'intensità, la natura, e la sede dei dolori. Qualche volta dolori ipogastrici più o meno acuti accompagnano l'esito mestruale. Più frequentemente si nota un dolore sordo, gravativo, tensivo del basso ventre, a cui sopraggiungono recrudescenze acute che si diffondono alle natiche, alle coscie, alle anche, e sopratutto lungo il nervo sciatico, e si alternano con senso di pressione dolorosa al sacro, e stiramenti molesti agl'inguini, ed a' lombi.

Dobbiamo notare tra' fenomeni razionali dei mio-fibromi entro-uterini alcuni disordini nell'emissione delle orine e delle fecce. Si osserva così la disuria, il tenesmo vescicale, e finanche in qualche caso la ritenzione delle orine per pressione meccanica sulla vescica. Similmente esistono qualche volta difficoltà nell'emissione delle fecce, ed una costipazione abituale. Questi fenomeni variano secondo la sede del tumore, e lo spostamento che esso imprime alla matrice.

A questi fenomeni si aggiunge spesso uno scolo leucorroico, talvolta di muco trasparente, od opaco, o purulento, o di siero

sanguigno, il quale scolo in certi casi è molto abbondante e contribuisce a spossare le inferme.

Le perdite di sangue, lo scolo leucorroico, finiscono per rendere le sofferenti anemiche; il colorito è pallido, le forze scadute, lo stomaco languido, la respirazione affannosa, ed insorgono fenomeni nervosi di varia forma, tra' quali principalmente una certa tendenza alla inerzia e ad una malinconia più o meno profonda.

La maggior parte di questi sintomi son comuni ad altre affezioni uterine, nè hanno moltissimo valore per la diagnosi dei mio-fibromi entro-uterini, senza l'osservazione obbiettiva dell'organo.

Il palpamento, l'esplorazione vaginale e la combinata, l'esame con lo speculum e con la sonda uterina forniscono i criteri più sicuri ed affermativi.

Non è frequente constatare palpando un aumento di volume della matrice nella regione ipogastrica; sono i tumori interstiziali ed i sotto-peritoneali quelli che rendono l'organo molto voluminoso e sporgente nel ventre. Nondimeno vi sono casi nei quali il fondo dell'utero si eleva di alcune dita trasverse al di sopra del pube, e si percepisce col tatto sviluppato, tondeggiante, con superficie più spesso levigata, ma talora sparsa di irregolarità e di ineguaglianze.

L'esplorazione vaginale è molto più importante, e dà risultati differenti. Si rilevano per questo mezzo le modificazioni della forma e della direzione del corpo dell'organo, e quelle del collo e degli orifizii, ed in certe peculiari circostanze si può toccare il tumore, ed indicarne il volume, la forma, la sede precisa e la maniera del suo attacco nella interna cavità. Per rilevare la indicata particolarità è necessario che la esplorazione sia praticata più volte, ad intervalli più o meno lunghi in varie epoche, facendola precedere da certe pratiche che servono di preparazione, ed accoppiandola al palpamento (esplorazione combinata).

Il caso più ordinario nei primi periodi del male è che il

Fig: 1.ª

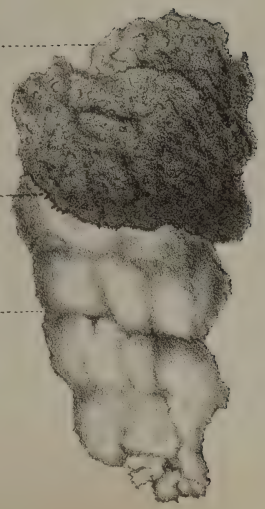

3. Superficie di sezione formata da fibre muscolari.
3
2. Taglio della mucosa uterina
2
1. Depressione prodotta dall'orifizio esterno.
1

Fig: 2.ª

2. Superficie di sezione.
1. Taglio della mucosa.
3. Sfrangiature prodotte dalle pinzette di Museux.

dito dalla via della vagina trovi il corpo dell'utero in ante, retro, o latero-versione, o flessione, o che percepisca un aumento di volume più o meno considerevole della parete posteriore o dell'anteriore. Frequentemente accade che l'utero si inclini dal lato che occupa il tumore, quante volte il volume ed il peso di esso riescano a vincere i mezzi di fissazione dell'organo. Ma se il mio-fibroma sia più considerevole, ed occupi un sito più esteso, la influenza del volume prevarrà su quella del peso, e l'utero sarà respinto al lato opposto a quello occupato dal tumore. Oltre al volume, cresciuto è anche il peso, e si constata una vera ipertrofia muscolare e vascolare dell'organo, non mai uniforme ed universale, ma irregolare, irregolarmente convessa, e rilevabile maggiormente in una regione limitata, la zona mediana, od una delle laterali di questa o di quella parete. Le particolarità relative alle modificazioni del volume e della forma dell'organo saranno apprezzate con maggiore precisione e nettezza, qualora l'esplorazione si pratichi combinata con la mano dall'ipogastrio, ed il dito dalla vagina.

Utile è che l'esplorazione dalla vagina sia ripetuta nel tempo dei mestrui; si può allora trovare gli orifizii uterini leggermente dilatati; ed il dito introdotto per quella via potrà rilevare la esistenza del segmento inferiore della neoformazione sotto forma d'un corpo consistente, più o meno regolarmente rotondo od ineguale, che si prolunga dentro la cavità.

Può avvenire che dopo un certo tempo il mio-fibroma sottomucoso, malgrado la larga inserzione alla parete uterina, ceda alle spinte che riceve dalle lente e ripetute contrazioni dell'organo, e si porti giù verso gli orifizii, e li sforzi e li dilati ed arrivi alla fine a superarli, avanzandosi e sporgendo nel canale vaginale, come notammo nella 3.ª osservazione. Il dito tocca allora il segmento sporgente del tumore più o meno voluminoso, levigato od ineguale, tondeggiante od allungato, l'orifizio dell'utero che lo circonda in sito più o meno elevato, e che lo contorna e lo stringe in vario grado.

Più perfetti saranno i risultati di questo modo di osserva-

zione, se si faccia precedere la dilatazione degli orifizii uterini con la laminaria, o con la spugna preparata; anzi questa dilatazione noi reputiamo grandemente utile e sovente necessaria per l'esattezza e precisione della diagnosi. Dopo la dilatazione, il dito penetra nella cavità della matrice, e contribuendovi l'abbassamento dell'organo ottenuto per mezzo della pressione operata dalla mano sull'ipogastrio, esso tocca il tumore, ne rileva il volume, la forma, ne constata la superficie levigata od aspra, ne apprezza la consistenza, ed il grado di sensibilità, e sovente riesce a raggiungere il sito ove è impiantato, ed a giudicare della maggiore o minore larghezza dell'attacco. Non sempre però si giunge ad appurare col dito quest'ultima particolarità diagnostica, e si rimane sovente nel dubbio, se il tumore abbia larga base o sia peduncolato; gioverà allora tener conto dei precedenti, e la intensità dei dolori espulsivi, la lentezza della dilatazione aiuteranno a risolvere la questione. O si potrà, come consiglia Scanzoni, afferrare con la pinzetta di Museaux il segmento più basso del tumore, e cercare d'imprimergli alcuni movimenti di rotazione, i quali saranno difficili od anche impossibili se il tumore ha base larga ed estesa inserzione. E da ultimo in caso di bisogno sarà permesso di tirar giù il tumore e l'utero sino all'orifizio della vagina, per facilitare l'esplorazione e la diagnosi.

Raro è che si debba far ricorso all' esplorazione dalla via del retto intestino; ma in qualche caso, sopratutto quando l'utero è retroverso o retroflesso, questo modo d'esplorazione potrà dare degli utili criteri.

Il cateterismo uterino è anche esso un espediente prezioso ed utilissimo. La sonda farà notare l'ingrandimento della cavità uterina nel suo diametro verticale, la sua deformazione, le alterazioni di direzione del corpo dell'organo; e per l'ostacolo che incontrerà nel suo cammino, mostrerà il sito dell'impianto della neoformazione; e quante volte si riescirà a passar oltre al segmento sporgente del tumore, non tornerà grandemente difficile contornarne la base e misurarne l' estensione.

Questo risultato non s'ottiene sempre, ma gioverà tentarlo procedendo con delicatezza e precauzione.

IV.

Non è qui il luogo d'esaminare i mezzi proposti ed adoperati per ottenere l'atrofia e la scomparsa di un mio-fibroma uterino. Diremo solo che gli alteranti, i fondenti, la cura della *fame* furono esperimentati senza alcun vantaggio. Gli alcalini a dose alta, varie acque minerali, di Vichy, di Vals, di Kreuznach, di Kissingen, di Castellamare, l'uso prolungato del joduro e del bromuro di potassio, i pessarii ed i suppositorii a base di belladonna o di joduro di piombo, la compressione metodica sull'addome, le pennellazioni colla tintura di jodo; tutte queste medicazioni adoperate isolatamente, o più insieme, tornarono sempre infruttuose. E l'esperienza ci autorizza a ripetere la frase giustissima di Scanzoni: « noi non rammentiamo alcun caso in cui coi mezzi indicati o con altri abbiamo ottenuto la completa guarigione d'un tumore fibroso ».

Or sono alcuni anni si menò gran rumore a proposito dei benefici effetti dell'ergotina adoperata sotto forma di iniezioni ipodermiche. Hildebrandt di Königsberg, uno dei medici tedeschi che ha vantato di più questo metodo di medicazione, ottenne qualche caso di riuscita, ma ebbe anche un certo numero di insuccessi completi. Atlee, e più recentemente Winckel e Léopold, confessano aver conseguito risultati incompleti nei casi più felici, ma in altri fallirono interamente. Noi medesimi alcune volte tentammo l'ergotina per via interna ed ipodermica, vedemmo qualche volta diminuita temporaneamente l'emorragia, ma il tumore in un caso solo ci parve ridotto un tantino di volume, per l'ordinario rimase inalterato. Nè si deve tacere che non raramente le iniezioni ipodermiche d'ergotina produssero inconvenienti abbastanza gravi. I dolori e gli ascessi nel sito della puntura non hanno in generale grande importanza, ma pure in qualche caso obbligarono a sospendere la cura.

Ma i fatti generali furono ben altrimenti gravi; così in un caso di Münster dopo 303 iniezioni sorsero sintomi allarmanti di ergotismo; Everet vide svilupparsi una peritonite dopo una sola iniezione; ed una delle inferme di Münster soccombè ad un'apoplessia cerebrale, della quale la medicazione fu probabilmente una delle cause, se non la principale.

Un mezzo sperimentato ultimamente dal dott. Aimé Martin è l'azione elettro-atrofica delle correnti continue. In un'importante memoria pubblicata negli *Annales de Ginecologie* (febbraio, marzo e aprile 1879) il citato autore espone i particolari del metodo da lui posto in opera, e registra un certo numero di osservazioni. Egli ottenne in alcuni casi la completa scomparsa del tumore, in altri una diminuzione più o meno notevole, in due nessun risultato apprezzabile. Il Martin adopera le correnti continue svolte dagli elementi di Daniell (pila al solfato di rame, acqua acidulata, zinco e rame), modificate da Chardin e Prayer; situa l'elettrodo positivo sul collo dell'utero ed il negativo sul punto delle pareti addominali che corrisponde al fondo del tumore, e successivamente su varii punti della sua circonferenza; fa durare ciascuna applicazione da 10 a 15 minuti, ed adopera non più di 15 a 20 elementi di Daniell modificati. Malgrado tutte le precauzioni è presso a poco impossibile evitare le escare al polo negativo, ed il dolore è abbastanza intenso quantunque non sia insopportabile. Egli ha notato che il primo effetto del metodo è la cessazione dell' emorragia, ed in caso che questa si riproduca nel corso della cura, è quasi sempre accompagnata dalla espulsione di frammenti di fibromioma (varietà sotto-mucosa). La diminuzione del tumore non può essere constatata con sicurezza se non dopo una ventina di sedute, e la scomparsa completa del tumore non si ottenne giammai prima di 80 a 100 applicazioni della corrente. Non possiamo dare alcun giudizio su questo metodo di cura; i fatti rilevati finora non sono in numero sufficiente, ed il metodo aspetta la sanzione dell'esperienza.

In breve ecco il mio giudizio sulla cura medica; nulla vi è

a sperare sopra alcun mezzo curativo per la distruzione del tumore; in certi casi conviene adoperare un trattamento palliativo, quando cioè il mio-fibroma sia ancora profondamente alluogato entro il parenchima della matrice, e non si giudichi abbastanza sporgente verso la cavità uterina, da poterne fare l'escisione, sopratutto se si tratti di donna poco lontana dall'età critica, ed il tumore sia molto voluminoso. Non mi occupo qui delle varietà sotto-peritoneali, nelle quali sovente bisogna contentarsi delle cure interne per tutta risorsa.

Questo trattamento palliativo consiste a combattere qualche volta il dolore, frequentemente l'emorragia; a migliorare le condizioni generali dell'inferma indebolita dalle perdite; a sottrarre quanto più sia possibile dalla compressione gli organi vicini; a favorire la enucleazione del tumore. Per quest'ultima indicazione più che come mezzo emostatico, giova adoperare per un certo tempo la segala cornuta o l'ergotina; le quali medicine o favoriscono la formazione d'un peduncolo, od almeno contribuiscono a rendere più sporgente verso la cavità un tumore che già naturalmente vi era vicino, rendendone così possibile o meno difficile l'ablazione.

V.

L'intervento chirurgico è più spesso attuabile, e più sicuramente efficace nelle varietà di mio-fibromi di cui ci occupiamo. V'è il caso, avvegnachè non frequente, in cui un tumore interstiziale sporgente verso la cavità ecciti contrazioni uterine, le quali col tempo a gradi a gradi lo scacciano verso l'orifizio interno, e qualche volta esso arriva, conservando sempre una larga superficie d'inserzione, a superare gli orifizii uterini, e cader nella vagina. Avvenne così nell'inferma di cui è parola nella 3.ª osservazione. In questo caso l'asportazione del tumore non è molto difficile. Per l'ordinario però conviene operare, quando il tumore prominente appena nella cavità porta con sè un involucro più o meno spesso di tessuto uterino. L'operazione è

allora più difficile, ma nè le difficoltà sono insuperabili, nè i pericoli tanto serii da dover mettere da banda ogni procedimento della efficace Ginecologia; o da dovere, come alcuni consigliano, aspettare temporeggiando che al tumore si formi un peduncolo. Sovente nuoce la lunga aspettazione, e le condizioni della donna peggiorano a segno da rendere poco profittevole il tardivo intervento.

Io intendo di passare rapidamente a rassegna i mezzi proposti per l'ablazione dei mio-fibromi endo-uterini a larga base, affine di mostrare come fra essi meriti nel maggior numero dei casi di esser preferita la semplicissima pinzetta di Rizzoli modificata.

Dirò innanzi tutto che prima di intraprendere qualunque pratica operativa è necessario, preceda la dilatazione del collo uterino. La quale può ottenersi con mezzi lenti e graduati, o rapidamente ed in breve ora immediatamente, prima di praticar l'operazione.

La dilatazione graduale si ottiene co'coni di spugna preparata, o con cilindri di laminaria di volume gradatamente crescenti. Non è raro che questo modo di dilatazione dia buoni risultati, ed allarghi la via al punto che si desidera; ma molte volte accade che vi sia intolleranza; il corpo dilatante eccita dolori abbastanza intensi, che obbligano a rimuoverlo ed a soprassedere. Avviene allora che il collo dell'utero ritorni sopra sè stesso, e quando i fenomeni di intolleranza sono calmati, è mestieri ricominciare da'coni di minor calibro. Notammo pure qualche volta un'abbondante secrezione muco-purulenta seguire all'applicazione delle spugne, accompagnata da parosismi febbrili, per cui dovemmo desistere da questo modo di dilatazione. Sempre però l'allargamento ottenuto riesce grandemente utile, sia perchè reso il collo dell'utero più cedevole, si potè avere più completamente libero il cammino con le incisioni multiple, sia perchè la dilatazione contribuì con la cooperazione della segala o dell'ergotina a rendere più sporgente verso la cavità il tumore, di cui volevamo praticare l'ablazione.

Si potrebbe allargare il collo dell'utero in modo graduale, ma rapido con le borse dilatatrici di Barnes, ma a giudizio del Thomas queste non hanno potenza sufficiente a vincere la resistenza dei tessuti in utero non gravido, nè la dilatazione è così uniforme come si desidera. Più efficace è il dilatatore di Molesworth, la cui descrizione si può leggere nel trattato pratico delle malattie delle donne del sullodato Gaillard-Thomas. Senza ricorrere agli accennati istrumenti io ottenni eccellenti risultati dalle spugne, e dalle incisioni multiple del collo praticate nel momento dell'operazione col bistorì bottonato, o con le forbici; il mezzo è pronto, efficace, e scevro di pericoli.

Ottenuta per qualunque mezzo la dilatazione del collo, il tumore può essere portato via: a) per torsione; b) per escisione; c) per frazionamento (*morcellement*); d) per ligatura estemporanea (schiacciatore di Chassaignac, costrittore di Maisonneuve); e) per enucleazione, f) per la cauterizzazione galvanica; g) per la isterotomia ignea, h) con la pinzetta di Rizzoli.

a) Russel Simpson propone d'impiantare sul tumore una pinzetta ad uncini, ed imprimere all'istrumento un moto di torsione sempre nello stesso senso, fino a che il tumore non si distacchi. Per verità se il tumore fosse peduncolato e di piccolo volume forse il processo potrebbe valere; ma non ci pare che si possa discuterne seriamente la convenienza, quando si tratti di tumore a larga base, e che sia insinuato nella spessezza delle pareti uterine, per le estese lacerazioni e le gravi perdite di sangue che possono derivarne.

b) Nè più sicuro è il processo della escisione col bisturì o con le forbici; la estensione del taglio per la larga inserzione del mio-fibroma, la necessità d'insinuare il coltello nella spessezza delle fibre muscolari uterine, l'offesa di vasi numerosi e sovente molto sviluppati, sono altrettante circostanze che non faranno preferire questo processo. Noi vi ricorremmo per necessità nella inferma della 3.ª osservazione, ma l'emorragia fu considerevole a segno da obbligarci ad applicazioni copiose di percloruro di ferro, ed all'uso dello zaffo.

c) La divisione del tumore a frammenti (*morcellement*) non potrebbe essere adoperata se non nel caso che esso sporgesse nella vagina, ed avesse tale volume da vietare l'uso dei mezzi di costrizione. L'ablazione del mio-fibroma non può essere completa, ma è lecito sperare che la diminuzione del volume, e la conseguente retrazione della matrice compia l'enucleazione della porzione rimasta aderente. Questo processo fu praticato da A. Emmet nel modo seguente. Dopo avere anestesiata la donna, il chirurgo americano introdusse l'indice nella vagina, e divise il tumore pezzo a pezzo con forbici curve portate in alto il più che era possibile, e dirette sempre verso il centro. In un momento non bastando il dito, fu necessario introdurre tutta la mano in vagina. L'operatore tentò a diverse riprese di afferrare il tumore con pinzette ad uncini, ma non potè riuscire. Situò poscia l'inferma sul lato sinistro, ed applicò lo speculum di Sims, il quale mostrò un' enorme fovea scavata nel centro della neoformazione. Si potè allora afferrarne alcuni lembi con un tenacolo, ed andare un poco più avanti. Ma la donna, la quale aveva perduto molto sangue durante la manovra, non tardò ad indebolirsi, e morì 9 ore dopo l'operazione. — Certo questo risultato non potrebbe incoraggiare chicchessia ad imitare la condotta dell'ardito chirurgo americano. Si comprende di leggieri tutta la difficoltà di menare a termine una simile operazione, attesa la gravissima emorragia che ne deriva, la quale è tanto più pericolosa, per quanto l'inferma è d'ordinario già indebolita da precedenti perdite di sangue. Ma mettiamo pure che si arrivi a compierla, i pericoli saranno anche gravissimi per la probabile mortificazione delle porzioni di tumore rimaste in cavità, e per le tristi conseguenze che possono derivarne.

d) Lo schiacciatore lineare, ed il costrittore di Maisonneuve sono stati adoperati sovente e con buoni risultati per l'esportazione dei polipi uterini, nei quali la catena o la corda metallica possono senza grave difficoltà essere portate fino al punto d'inserzione del peduncolo. Non è a dire però che l'operazione

sia in ogni caso agevole e sicura. Sempre che si riesce a tirare giù il polipo alla vulva, l'applicazione della catena o della corda va fatta con una certa facilità relativa; ma non è così quando il tumore è ad una certa altezza. È mestieri passar l'ansa sopra alla pinzetta di Museux ed aggiustarla con le dita o servirsi del porta-catena. Ed ancora se il polipo è contenuto nella cavità uterina, con lo schiacciatore non si riesce, ed assai raramente si arriva col costrittore, malgrado che il filo metallico si presti meglio per la sua rigidità, e per la possibilità di incurvarlo con varia inclinazione. Nè si deve porre in oblìo, che in qualche caso di fibromi attaccati al fondo dell'utero, seguì all'uso dello schiacciatore la perforazione dell'organo.

L'azione più che mediocre dei detti istrumenti nell'ablazione dei polipi rende abbastanza chiaro il nessun valore di essi nei mio-fibromi a larga base. Qui infatti il tumore si abbassa molta difficoltà; lo istrumento vuole essere portato molto in alto nella cavità uterina, deve comprendere la larga zona d'impianto del tumore, e dippiù la catena e la corda, posto che arrivino a circondarla, non possono mai rimaner ferme nel sito dove debbono operare la sezione, ma sdruccioleranno costantemente, non esistendo tra la base del fibroma e la parete dell'utero divisione ben netta e marcata.

e) Questi medesimi inconvenienti si troveranno nell'applicazione della galvano-caustica. Se il tumore potesse scendere fino alla vulva, forse non sarebbe grandemente malagevole circondarne la base, qualunque estensione questa abbia, col filo di platino; ma nella cavità uterina l'opera deve reputarsi impossibile. Nè ci pare che basti a vincere le difficoltà l'ingegnoso istrumento di Byrne. Il fusto di cautchouc, ed i tubi di rame possono prestarsi a passare il filo sul peduncolo d'un polipo, ma non varranno a far sì che rimanga immobile l'ansa nel punto di sua primitiva applicazione, mentre si contorna a dritta ed a sinistra la larga base del fibroma.

Tutti questi istrumenti poi (schiacciatore, costrittore, ansa galvanica), messo pure che si riesca ad applicarli giustamente,

non porteranno via che la porzione di tumore sporgente in cavità, ma resterà sempre quell'altra porzione, che è tuttavia compresa ed insinuata tra le fibre muscolari dell'utero.

f) La poca spessezza e tenacità delle connessioni con le pareti uterine, e gli esempi di espulsione spontanea de' fibromi verificatasi qualche volta per i soli sforzi naturali suggerirono ai chirurgi l'idea di tentare l'enucleazione. Primo a proporre questa operazione pare sia stato il Velpeau, ma Amussat la praticò la prima volta nel 1840. Più tardi fu ripetuta da Boyer, Bérard, Maisonneuve, Lisfranc, ecc., e recentemente è stata vantata con entusiasmo da varii Ginecologi, principalmente inglesi ed americani (Backer-Brown, Duncan, Atlee, Marion Sims, ed altri).

L'enucleazione può praticarsi con due processi, il *graduale* cioè, e l'*immediato*. Nel primo caso, dopo dilatato od inciso l'orificio uterino, si pratica una larga incisione semplice o crociata sulla porzione sporgente del tumore, si staccano col dito gli orli del tessuto involgente, e poscia si sottopone la paziente all'uso continuo e sistematico dell'ergotina, nella speranza che il tumore possa impegnarsi attraverso la fatta incisione, e venire espulso per opera degli sforzi uterini. Grimsdale nel 1857 riferì un caso importante di riuscita con questo processo, e il dott. Meadows di Londra ne ha raccolto una serie, a quanto afferma il Gaillard-Thomas.

Col secondo processo dopo avere abbassato l'utero quanto più è possibile, e praticata un'ampia incisione sulla capsula del tumore, lo si afferra con pinzetta ad uncini, e poscia con l'opera delle dita, con la estremità ottusa di forti forbici concave, o col manico d'un bistorì, o per mezzo di speciali istrumenti detti *enucleatori*, aiutati da trazioni sostenute, si cerca a poco a poco di staccare le aderenze col tessuto uterino, e si porta via completamente. Prima di procedere al distacco è necessario riconoscere le connessioni del fibroma, ed a tal uopo utile riesce la bacchetta d'osso di balena proposta dal sullodato Gaillard-Thomas. I lembi rimasti della mucosa o del tessuto pro-

prio si retraggono, si cicatrizzano o sono parzialmente distrutti per suppurazione. Affine di stagnare il sangue il quale viene sovente in proporzioni veramente allarmanti, il Sims introduce nella cavità uterina, e sino al fondo della fovea da cui il tumore fu estratto uno o più turaccioli di bambagia inzuppati in una soluzione di soprasolfato di ferro, i quali vengono mantenuti in sito con lo zaffo vaginale. I detti turaccioli debbono essere rimossi quanto più presto sia possibile, al più tardi 34 o 36 ore dopo la operazione, e molto prima se si manifesta qualche sintoma di setticemia.

Se mai c'è caso in cui l'enucleazione possa essere indicata è quello precisamente dei mio-fibromi di cui ci occupiamo. Quando il tumore fa prominenza nella cavità uterina, s'incontrano minori difficoltà ad incidere il tessuto che lo involge, e a separarlo dalle sue connessioni più o meno profonde. E tanto più agevole riescirà l'opera della separazione, quanto minore è il volume e più accentuata la sporgenza in cavità. È in simili condizioni che il Courty crede l'operazione praticabile senza gravi rischi, sopratutto quando anche essendo sessile, il miofibroma mostri una certa tendenza ad avere un peduncolo per l'azione lungamente esercitata dall'ergotina. Anzi egli dichiara averla diverse volte eseguita con successo rapido e durevole. Allorchè poi il tumore è voluminoso e profondamente inserito nel tessuto intramuscolare, l'enucleazione presenta difficoltà molto più serie, e pericoli di gran lunga maggiori, in guisa che il West potè sostenere che « la peritonite, la flebite, e la piemia, conseguenze della violenza esercitata sull'utero di donna esaurita da gravi e frequenti perdite di sangue, sono i pericoli a cui ben poche possono sottrarsi. Per tali perdite io temo che esatte statistiche dimostreranno che la maggior parte delle pazienti ha dovuto soccombere ».

Nondimeno anche nei casi nei quali la operazione pare meglio indicata, non è a credere che essa sia scevra di pericoli. Mettiamo in primo luogo l'emorragia; quantunque in alcuni casi le proporzioni della perdita furono poco abbondanti, niuno vorrà

negare che un'emorragia gravissima può venire in campo da un momento all' altro nel tempo che si opera il distacco del tumore, sopratutto se le aderenze che esso ha col tessuto uterino siano forti e riccamente vascolarizzate. E noi troviamo in una delle operazioni del Sims, uno dei più entusiasti fautori dell'enucleazione, notata nel corso dell'operazione un'emorragia molto abbondante, a cui seguirono le convulsioni e la morte della paziente.

Si rifletta inoltre che non sempre le aderenze del mio-fibroma sono lasche e cedevoli, nè il ginecologo ha modo per assicurarsene. Talvolta i mezzi di connessione sono forti e molto intimi. In tal caso insistendo nell'impresa della enucleazione completa, l'operazione può durare molte ore, e lascia la paziente in uno stato di prostrazione profonda e grave, come avvenne nella 2.ª Osservazione di Amussat. Che se per contrario si lasci l'operazione incompleta, e si abbandoni nella cavità una porzione del tumore parzialmente staccato, si dovrà temere la emorragia consecutiva e la setticemia, derivante dalla mortificazione della massa rimasta, come avvenne in un caso osservato da Courty.

Nè da ultimo deve dimenticarsi la possibilità che sia perforata la parete uterina, la quale si trova grandemente assottigliata, e si penetri nella cavità peritoneale, sopratutto allorchè il tumore sia attaccato al fondo dell'utero, ove è più difficile apprezzare esattamente la spessezza della parete sotto-peritoneale della matrice.

g) L'*isterotomia ignea per le vie naturali* è un metodo proposto dal dott. Abeille per la distruzione dei mio-fibromi uterini. In una Memoria pubblicata nel 1878 il dott. Abeille espone i principii e le norme fondamentali del suo metodo, descrive gl' istrumenti speciali destinati ad attuarlo, e narra sei operazioni coronate da felice riuscita.

Egli afferma essere di *notorietà scientifica*, che un fibroma di cui si è escisa una parte, può infiammarsi o necrosarsi nel rimanente di sua estensione, e scomparire più o meno completamente o per necrosi o per suppurazione.

Dopo riconosciuto il fibroma e studiati i suoi rapporti, egli procede all'operazione nel seguente modo. Un catetere metallico con cursore e vite è introdotto nella cavità cervico-uterina, per misurarne il diametro longitudinale. Poscia tre o quattro cateteri simili e di calibro crescente vengono insinuati fino al punto indicato dalla misura. Tutti questi istrumenti sono riscaldati al rosso-ciliegia. Il primo catetere forma la via della escarificazione, appoggiando fortemente sulla parte del tumore che fa prominenza in cavità, e i cateteri successivi ingrandiscono il cammino, circondandolo di escare protettrici. Poscia con un tenotomo, specie di bistorì retto acuto in punta e con lama molto affilata, seguendo la traccia praticata, si divide il tumore in direzione longitudinale nella sua parte media. Quattro o sei applicazioni successive del medesimo istrumento, diretto due-tre volte a sinistra ed altrettante a destra della sezione longitudinale, dividono il fibroma in tutta la sua superficie intrauterina. Fatto ciò con coltellini di varia forma, triangolari, lanceolati, a doppio tagliente si continua la escarificazione sempre più profondamente nella spessezza del tumore. Infine si compie l'operazione introducendo un catetere a cursore più grosso, il quale appoggiando fortemente sulla parte centrale del fibroma è destinato a completare l'escarificazione dall'apice verso il fondo della matrice.

A quanto afferma il suo inventore l'isterotomia ignea preserva dall'emorragia e dalla setticemia, e non espone mai alla perforazione delle pareti uterine, sia per l'azione diretta degl'istrumenti, sia per la caduta delle escare, anche quando queste siano molto estese e profonde. Egli invoca in appoggio delle sue asserzioni le sei operazioni perfettamente riuscite. Ma si potrà in ogni caso contare sopra un esito così fortunato? — Non osiamo affermarlo.

h) *La pinzetta di Rizzoli.* — Questa pinzetta, che l'autore chiamò *schiaccio-incisiva* fu inventata dall'illustre chirurgo di Bologna per l'escisione dei polipi uterini, affine d'evitare l'emorragia. Essa è composta (V. Rizzoli, Memorie chirurgiche, Vol. II)

di due branche maschio e femmina, curve sul piatto ed articolate al loro terzo superiore da una semplice vite.

Aprendo la pinzetta s'osserva che la porzione ricurva della branca femmina è fenestrata, e nel suo apice chiusa; si scorge pure che il suo margine inferiore è tagliente, l'altro soprapposto o superiore è nella sua lunghezza munito di denti a solchi ottusi.

La branca maschio nel chiudere la pinzetta va a penetrare nell'interno della finestra della branca opposta, e strisciando con la sua convessità a guisa di forbici contro il tagliente dell'altra branca femmina, viene ottenendo l'effetto stesso delle forbici, escide cioè le parti molli che vi sono frapposte, mentre l'orlo superiore della finestra della branca, munito, come dicemmo, di forti denti ed ottusi, schiaccia quelle parti, che contro esso vengono spinte, nel chiudersi della pinzetta, dalla branca maschio. Questa branca è nella sua spessezza interna munita di piccoli e numerosi dentini acuti, e ciò per impedire che le parti molli, le quali vengono contuse, scivolino lungo la pinzetta, e sfuggano così all'azione dello schiacciamento.

Per dare poi al chiudersi dell'istrumento una pressione regolare e forte, si articola all'estremità inferiore della branca femmina una vite, che si può a piacimento lasciare o togliere, essendo essa articolata *a tenon*; essa vite passa in un'incisura esistente all'inferiore estremità dell'altra branca; al di là di questa trovasi un grilletto a farfalla, che scorrendo lungo la vite serra le branche della pinzetta, impiegando una forza ben mite, ed ottenendo una pressione conveniente e regolare.

Oltre all'escisione di polipi uterini, ho adoperata la pinzetta di Rizzoli in varie circostanze, che qui non è luogo di dire. Per servirmene poi ad asportare i mio-fibromi della cavità uterina a base larga ed estesa, vi feci due modificazioni. Allungai in prima le branche al disopra dell'articolazione, e resi più forte la curva di esse, affinchè potessero con maggiore facilità penetrare nella cavità del corpo della matrice, ed abbracciare e stringere completamente la base del tumore. E dippiù sostituii

al chiodo fisso dell'articolazione un perno a vite simile a quello del forcipe francese, in guisa da poter disgiungere le branche, ed introdurle separatamente, e poscia articolate, stringerle immobilmente.

Non ripeterò la descrizione del manuale operativo, il quale si trova esposto nelle osservazioni sopracitate; dico solo che i vantaggi di questo modo di operare si riducono ai seguenti:

1.° Mancanza completa di emorragia.

2.° Solidità di presa, e sicurezza della completa escisione del tumore.

3.° Facilità e rapidità relativa della manovra.

4.° Poca reazione consecutiva, nessun fatto flogistico importante, nessun pericolo d'infezione setticemica.

I quali benefizii pare autorizzino ad accordare la preferenza a questo procedimento operativo sopra tutti gli altri finora conosciuti per l'ablazione dei mio-fibromi a larga base della cavità uterina.

Pelvi semplicemente piatta - Conjugata vera 82-85 m. m. - Presentazione di vertice con procidenza di una mano, non riconosciuta - Feto morto - Ripetuti tentativi di liberazione a domicilio - Estrazione mediante uncini acuti.

OSSERVAZIONE CLINICA

DEL

DOTTOR B. NICOLINI

Maria F. attendente alla casa, nata a Zinasco, domiciliata a Dorno, d'anni 26, primipara, viene accolta nella Clinica Ostetrica di Pavia l'11 luglio u. s. alle ore 4 pomerid. e registrata sotto il N. 119.

In travaglio di parto da due giorni, maltrattata da ripetuti tentativi di liberazione a domicilio, colla peritonite in corso, col polso filiforme, con una temperatura di 39°, e per di più spossata da lungo viaggio, la donna abbisognava di riposo. Messa a letto, si cercò di ristorarla con brodo e vino generoso.

Dall'anamnesi raccolta più tardi, risulta quanto segue: non incontrò malattia alcuna nell'infanzia; mestruata per la prima volta a 12 anni, lo fu in seguito alquanto irregolarmente in riguardo alla quantità ed al periodo. Ebbe l'ultima mestruazione, più scarsa, nel mese di ottobre: durante la gravidanza la sua salute fu sempre buona. I moti fetali che avvertì per la prima volta nel febbrajo, mancano da circa 12 giorni, senza che la donna possa indicarci una causa di questo fenomeno.

Il giorno 10 luglio verso le 6 antim. senza precedenza di dolori, perdeva il liquido amniotico in notevole quantità, mentre stava attendendo alle proprie faccende. Mandò subito per la levatrice la quale, trovando nulla di abnorme, la lasciava con-

sigliandole d'attendere pazientemente che il travaglio s'iniziasse. La donna stette alzata tutto il giorno, ebbe qualche doglia e nulla più: verso sera il marito sospettando qualche irregolarità nell'andamento del parto, mandò pel medico il quale dichiarò che il feto era morto, e sentendo una mano sull'orificio uterino fece diagnosi di presentazione del piano laterale. Messa allora la donna nella posizione classica per le operazioni ostetriche, tentò la versione, ma coll'unico risultato di abbassare un piede fino alla bocca uterina. Non riuscendo a liberare la donna, il medico la lasciava, dichiarando che il giorno appresso avrebbe fatto ricorso al consiglio ed all'opera di un collega. La notte passò abbastanza calma perchè, dice la donna, i dolori erano nè intensi nè frequenti. Al mattino le condizioni della paziente erano peggiorate: era insorto un brivido intenso, la parte bassa del ventre s'era fatta dolente, e più tardi era venuto in iscena il singhiozzo. Un altro medico tentò a diverse riprese di penetrare nell'utero, ma inutilmente; l'orificio, spasticamente contratto, nol permetteva. Si mandò a Pavia in cerca di un ostetrico: questi accorse, fece diagnosi di pelvi piatta rachitica, senza per altro precisare il grado della viziatura, e confermò trattarsi di presentazione di spalla. Dopo vani tentativi di vincere l'ostacolo frapposto dall'orificio uterino, pensò di far trazione sul piede mediante l'uncino acuto; il piede infatti si abbassava fino a mostrarsi alla vulva, ma questo avveniva a spese dello strappo dei legamenti e dei tendini; il piede più non teneva alla gamba che per mezzo di un lembo di cute. Prevedendo allora come a liberare la donna sarebbe stato necessario di ricorrere ad un processo embriotomico, si consigliava il trasporto della paziente alla Clinica ove, come si disse, arrivava verso le 4 pomerid. dopo un viaggio che aveva durato circa tre ore e sotto i cocenti raggi del sole di luglio.

La donna, quantunque grandemente prostrata di forze, ha i tratti del viso composti, e risponde con sufficiente precisione alle domande che le si rivolgono. In nessuna parte dello scheletro riesce di rilevare alcuna traccia di pregressa rachitide.

Il ventre è sviluppato come a termine di gravidanza; l'utero di forma ovoidea tiene il suo massimo diametro nel senso verticale. È contratto a permanenza per modo che la palpazione riesce affatto negativa. Eseguendo la percussione sul globo uterino, se ne fa scaturire un distinto suono timpanico. Manca il battito cardiaco del feto: circonferenza ombelicale centim. 91: dal pube all'ombelico 14, dal pube al fondo 32: il fondo uterino occupa il terzo medio sopraombellicale. Le creste iliache sono allo stesso livello, espanse regolarmente; distanza fra le Sp. I. 26,5; fra le Cr. I, 27,5: poco pronunciata l'insellatura lombare. La C. E. misura centim. 18: il sacro presenta normale la sua curva, mobile e normalmente diretto è il coccige. Dalla vulva le cui grandi labbra sono edematose e sensibilissime, sporge un piede dal quale la cuticola si stacca a lembi con tutta facilità. Il dito esploratore avverte appena al dissotto del contorno dell'orificio uterino una mano; il riscontro riesce difficile per la grande sensibilità della vagina, la cui temperatura è notevolmente aumentata, e le cui pareti sono intrise di un liquame verdastro, fetentissimo. L'arco pelvico anteriore è normale, normali le microcorde: il diametro promonto-sottopubico misurato col dito segna 95 m.m. La C. V. si giudica essere 82-85 m.m. L'orificio uterino rigido e per di più occupato dalle parti procidenti non permette al dito di penetrare più innanzi. Dalla forma del globo uterino che era perfettamente ovale, col massimo diametro nel senso verticale, si era indotti ad eliminare la presentazione di spalla e ad ammettere piuttosto che l'uno o l'altro degli estremi dell'ovoide fetale più o meno deviato stasse a corrispondere col segmento inferiore della matrice: non si avevano però dati sufficienti per stabilire una diagnosi sicura.

In presenza di un caso siffatto, quid agendum? Lo stato allarmante della donna non permetteva di differire più oltre la liberazione; la minaccia dell'esaurimento nervoso, la peritonite già in corso rendevano indispensabile un pronto intervento. Stabilire in precedenza a qual atto operativo ricorrere era impos-

sibile, perchè ci mancava una diagnosi sicura: dovevasi quindi tentare l'introduzione della mano nell'utero, cerziorare i rapporti del feto colla camera uterina, e a norma di questi affidarci a quel qualunque atto operativo che fosse riputato più conveniente al caso. Lo stato dell'utero non era tale da portare ostacolo assoluto all'ingresso della mano; d'altra parte l'estrema prostrazione della donna sconsigliava di ricorrere al bagno generale, alla cloronarcosi, ad un espediente insomma che fosse atto a rilasciare la fibra uterina.

Messa la donna nella posizione classica, il Profess. introdotta la mano sinistra in vagina, cercò di vincere la resistenza della bocca uterina, mentre due assistenti facevano una valida contropressione sul fondo dell'utero. Con qualche stento la mano vinse l'ostacolo e potè sentire la testa deviata verso la fossa iliaca di sinistra, il piano sternale del feto rivolto a destra, le natiche verso il fondo dell'utero. Il dubbio che erasi concepito sull'esattezza della diagnosi di presentazione di spalla, veniva adunque confermato: si trattava di presentazione di vertice deviata, con procidenza spontanea di una mano ed artificiale di un piede. Giacchè si aveva la mano nell'utero, e questa corrispondeva al piano sternale del feto, era razionale fare un tentativo *prudente* di versione: la si tentò infatti, ma inutilmente. La spasmodia uterina oltre al togliere la sensibilità alla mano, rendeva soverchiamente pericoloso il far eseguire al feto la necessaria evoluzione: d'altra parte sotto le trazioni l'estremo podalico si abbassava alquanto, ma la testa non risaliva: il feto macerato e putrefatto si piegava su sè stesso come una bacchetta di gutta-percha rammollata dal calore. Miglior partito parve allora di far trazioni sulla testa che si sarebbe impegnata con relativa facilità nello stretto superiore a malgrado della doppia procidenza, appunto per la cedevolezza delle ossa craniche prodotta dalla macerazione. Non senza qualche fatica venne fatto d'impiantare un uncino acuto sull'occipite, ma appena incominciate le trazioni la scaglia occipitale si staccava completamente. L'ossatura del cranio macerata, disgregata dalla

putrefazione, sottoposta da molto tempo alla contrazione uterina, non offriva all'uncino una solida presa. Non pertanto la testa si era avvicinata allo stretto superiore: s'impiantò l'uncino sul temporale posteriore e questa volta l'istrumento tenne presa maggiormente per modo che la testa potè scendere nel piccolo bacino. Si sperava di poter così completare l'estrazione, ma ad un tratto anche la squama del temporale si staccava col parietale corrispondente. L'atto operativo venne ultimato coll'uncino semiacuto e semiottuso col quale dopo poche trazioni si estrasse un feto di sesso maschile, del peso di gr. 2335 senza cervello. Il secondamento fu normale. È inutile accennare alle vicende del puerperio; pur troppo quello che si prevedeva si avverò. La peritonite già iniziata percorse i suoi stadii, le ripetute irrigazioni endouterine con acqua fenicata non valsero a togliere ai lochi l'odore gangrenoso e la donna moriva alle ore 5 ant. del giorno 14 luglio.

L'autossia venne limitata al cavo addominale; ecco il reperto. Modica iniezione del peritoneo specialmente nel tratto sottombilicale; nella cavità peritoneale sta raccolta poca sierosità purulenta. L'utero è voluminoso, il tessuto uterino presentasi notevolmente infiltrato: molte goccioline di pus cremoso vedonsi comparire sulla superficie di sezione praticata ai lati dell'utero. L'endometrio è convertito in un detritus di color nerastro, di odore gangrenoso e che si leva con facilità raschiando col dorso del bistorì. A destra il fornice vaginale presenta una soluzione di continuo interessante tutti i tessuti fino al peritoneo.

Intorno a questo caso mi siano permesse alcune considerazioni.

Qual fu la causa dell'errore diagnostico in cui incapparono i medici che primi hanno veduto la donna? Evidentemente la mano che si sentì impegnata nell'orificio uterino; è qui il luogo di dire che non basta sentire una mano in rapporto colla bocca uterina per far diagnosi di presentazione di spalla, alla stessa guisa che non si può ammettere una presentazione podalica pel solo fatto di sentire uno od anche due piedi sul segmento inferiore della matrice. I dati che si raccolgono col riscontro

vaginale si devono porre a raffronto con quelli desunti dall'esame del ventre: gli uni e gli altri si completano e si rischiarano a vicenda. Se uno o due dita introdotte in vagina sono insufficienti ad istruirci sul vero stato delle cose, prima di deciderci ad un intervento che senza il faro di una esatta diagnosi non può che riuscire disadatto e nocivo, si ricorra al riscontro manuale, che appunto in questi casi costituisce una preziosa risorsa. Nella nostra donna diverse erano le condizioni che concorrevano a tener elevata la presentazione; il travaglio appena incominciato, la pelvica viziatura, l'arto procidente. Se si fosse introdotta la mano intera in vagina si sarebbe certamente sentita la testa deviata sul margine sinistro dello stretto superiore e, fatta un' esatta diagnosi, si sarebbe scelto l'atto operativo più appropriato e quindi meno pericoloso per la donna. Anche la considerazione che le presentazioni di spalla sono più frequenti nelle multipare, che nelle primipare anche viziate; che l'utero, dotato di molta tonicità, rigido, di forma ovoidea tiene applicata abbastanza esattamente sullo stretto superiore la testa del feto; che data una presentazione di spalla, con bacino viziato, rompendosi le membrane all'improvviso a donna in piedi e quindi con rapida uscita del liquido amniotico, deflettendosi l'arto corrispondente al piano presentato la mano non resta a livello dell'orificio ma discende più o meno in basso nella vagina ed anco si mostra alla vulva, ed un attento esame del ventre avrebbero dovuto far propendere più verso la diagnosi di presentazione cefalica con procidenza che verso quella di presentazione di spalla. Nella donna che forma l'oggetto di questa storia molte cause trovavansi riunite per determinare la procidenza: la pelvica viziatura, la repentina uscita del liquido amniotico a donna in piedi, il feto piccolo, morto e macerato. Esistendo infatti queste ultime condizioni, l'elasticità della colonna vertebrale, la tonicità degli arti va perduta, tantochè, scrive il Barnes: « au début du travail, les membres, les bras en particulier, ayant perdu leur tonicité, cèdent à leur poids ou à la moindre pression, peuvent tomber sur le detroit

superieur.... » ed ecco che tutto è disposto perchè si avveri la procidenza. Il Barnes dà molta importanza alla morte del feto considerata come causa di distocia « un enfant mort, egli scrive, est si bien une cause de distocie, qu'il peut amener une rupture de l'uterus. » La putrefazione del feto portava poi il suo tributo nel determinare la distocia per alterato equilibrio fra potenza e resistenza, quando colla maggioranza degli ostetrici, si voglia ammettere un'azione deleteria e come stupefacente dei gaz che si svolgono dalla putrefazione sulla fibra uterina.

Qual doveva essere in questo caso il modo più razionale per venir in soccorso della donna? Con un vizio pelvico di 82-85 m. m. nella C. V. col feto morto e macerato, se la presentazione di vertice fosse stata franca, il parto poteva compiersi spontaneamente anche a malgrado della procidenza, dato che le contrazioni uterine avessero la necessaria frequenza, intensità e durata: una testa di feto non completamente a termine e per di più macerata non avrebbe di certo, in tali condizioni, provato molte difficoltà a modellarsi sulla forma dello stretto superiore e ad impegnarvisi. Se non che nel nostro caso diverse circostanze militavano a favore dell'intervento: il vertice fetale non presentavasi di certo a piombo, ma doveva essere alquanto deviato e trattenuto dal contorno dello stretto superiore, quando si pensi che chi, primo, visitò la donna rilevando la presenza della mano sull'orificio uterino, e non arrivando a toccare la presentazione, fece diagnosi di presentazione di spalla: lasciando operare la natura, se questa presentazione ancora non esisteva, avrebbe però potuto determinarsi; il feto macerato, la testa già deviata e mantenuta in cattiva direzione dall'arto procidente, il vizio pelvico, ecco altrettante condizioni che potevano favorire una presentazione secondaria di spalla. D'altra parte il feto non poteva tardar molto a decomporsi, donde il pericolo gravissimo dell'infezione: mi sembra che avrebbe dovuto bastare quest'unica considerazione per decidere l'ostetrico a liberare prontamente la donna. E qui due diverse contingenze po-

tevansi avverare: o le contrazioni erano fin dal principio del tutto regolari, ed allora potevasi attendere che la natura completasse la dilatazione della bocca uterina: o il travaglio irregolare, languido lasciava supporre che la dilatazione avrebbe tardato troppo ad acquistare quel grado che era pur necessario per permettere senza violenza il passaggio alla mano, ed allora era il caso di ricorrere all'azione dei sacchetti del Barnes. Ad orificio dilatato o dilatabile, l'operazione più appropriata al caso era la versione podalica. La versione fatta quando il feto è macerato, quando il liquido amniotico è colato da molte ore, quando l'utero è addossato al feto può presentare serie difficoltà: avviene ben di spesso che mentre si abbassa l'estremo podalico, la testa non risale, la colonna vertebrale priva d'elasticità permette al feto di ripiegarsi su sè stesso, continuando colle trazioni i due estremi dell'ovoide fetale tendono a comprimersi e ad immobilizzarsi a vicenda, in una parola la versione non si effettua. Per cavarci d'impiccio possiamo ricorrere ad un maneggio semplicissimo, che forse troppo spesso si dimentica; anzi sarei inclinato a credere che molte versioni non riescono a buon fine perchè non lo si conosce. È necessario cioè, mentre si fanno trazioni sulla gamba che si è afferrata, di respingere la testa colle dita o colla mano introdotta in vagina.

Son persuaso che devesi alla dimenticanza di tali norme, del resto elementari, la cattiva riuscita dei tentativi di liberazione istituiti a domicilio. Risulta dall'anamnesi, che colato il liquido amniotico al mattino senza precedenza di contrazioni, queste si mantennero poco frequenti e leggiere per tutta la giornata: non è possibile il supporre che in tali condizioni l'orificio si fosse dilatato al punto da permettere l'introduzione dell'intera mano per fare il rivolgimento classico; per riuscirvi l'operatore sarà stato costretto a violentare l'orificio, violenza che difatti ebbe luogo e stanno a dimostrarla le asserzioni della donna che dice d'aver perduto sangue durante i maneggi, la lacerazione del fornice vaginale riscontrata all'autossia, e lo spasmo dell'utero

che venne in iscena successivamente. Fra le cause dello spasmo uterino il prof. Depaul annovera i maneggi diversi che si fanno per ultimare il parto « sans attendre que l'orifice soit suffisamment dilaté pour permettre l'extraction ». L'idea poi di far trazioni su di un piede mediante l'uncino acuto, se porta l'impronta dell'originalità, manca affatto di ragionevolezza. Era più che naturale che l'uncino in siffatta guisa adoperato altro effetto non poteva avere che quello di strappare il piede, senza cambiare d'un punto la positura del feto nella matrice. A noi che eravamo chiamati a riparare agli errori altrui, quando la donna era stremata di forze, colla peritonite in corso, in tali condizioni insomma che non ci permettevano di differire la liberazione se non volevamo esporci al pericolo di veder morire la donna non liberata, non restava altra via che quella prescelta.

Avvertiti in tempo utile dell'arrivo di questa donna, si trasformò in infermeria il locale che serve come dormitorio agli studenti, locale che per essere l'anno scolastico giunto al termine, trovavasi disoccupato, di più è posto al pian terreno della Clinica ed assai discosto dalle sale del puerperio. Grazie a questa contingenza si potè evitare che la donna che forma oggetto di questa storia sostenesse la parte di quel fante sventurato e portator di sventura che, secondo il Manzoni, introdusse i germi della peste che devastò Milano nel 1630. È da tutti ammesso che materiali settici in forma di particelle organiche sospese nell'aria, arrivando in contatto delle soluzioni di continuo che si trovano ai genitali delle puerpere, possono, una volta assorbiti, determinare la infezione. Di codesti materiali la donna che ci venne portata e che aveva nell' utero un feto putrefatto, ne possedeva a dovizia; e non v'ha dubbio che se fosse stata operata nella sala ordinaria del parto, sala che necessariamente è in rapporto colle infermerie delle puerpere, queste ne avrebbero risentito dannosamente e forse alcune sarebbero morte in conseguenza di processi puerperali. Il prof. Cuzzi nella sua « Contribuzione allo studio ostetrico del Cloridrato di Pilocarpina »

attribuisce l'epidemia manifestatasi nella Maternità di Milano, nel settembre 1878, ad un fatto di questo genere, e chiude il suo lavoro facendo voti perchè, verificandosi casi siffatti, non si spediscano le operande quasi agonizzanti alle Maternità, e si ricorra invece all'opera di medici che, dediti in modo speciale all'ostetricia, hanno più dei loro colleghi l'opportunità di addestrarsi nelle operazioni ostetriche, e che, non v'ha dubbio, si farebbero un dovere di non mancare all' appello. La proposta è troppo razionale perchè io abbia a spendervi attorno parole per dimostrarlo: mi limito quindi ad esprimere il desiderio che uomini influenti per la loro scienza e per la elevata posizione che occupano abbiano a far sì che il voto del prof. Cuzzi sia finalmente esaudito.

---

nel 1867 appunto per la clinica ostetrica e ginecologica. Ad essa pure va annesso un edificio di isolamento: il fabbricato principale e l'accessorio sono circondati da un giardino; il principale poi è immediatamente ricinto da un vallo per tre delle sue facciate, ad ognuna delle quali si accede mediante un ponte. Ho notato però la vicinanza del teatro anatomico sul frontone della cui facciata sta scritto a grossi caratteri:

Mortui vivos docent.

Anche qui vige il sistema della divisione delle ammalate, a tre-quattro per sala, ognuna delle quali è provvista di tutto il comfort desiderabile. Dallo specchietto affisso nel pianerottolo della clinica ho rilevato così suddiviso l'insegnamento nel semestre in cui ci troviamo:

1. Clinica ostetrica e ginecologica; i primi 5 giorni della settimana dalle 8 alle 9 ant.
2. Pelvilogia (Beckenslehre) e meccanismo del parto: sabbato 8-9 ant.
3. Policlinica ostetrica in unione col prof. Kaltenback.
4. Ripetizioni di ostetricia: prof. Kaltenback.

Il primo assistente è il dott. Dorf. Nella clinica avvengono circa 250 parti: da tre anni hanno la fortuna di non avere mortalità, relativamente, intendiamoci, alle forme infettive puerperali. — Hegar non fa uso di spray negli atti operativi, anzi può dirsi come gli sia avverso. Con questo non vuolsi dire che egli non metta in pratica le cautele antisettiche, pulizia scrupolosa, astensione dal contatto di ogni materia putrida e via di seguito. La parola antisettico non può applicarsi soltanto al metodo Listeriano rigoroso: è antisettica ogni medicazione la quale in un modo o nell'altro si proponga l'esclusione o l'annichilamento dell'attività morbigena di quel quid, di qualunque natura esso sia, che apporta con sè le forme infettive. — Il liquido disinfettante di cui ho visto fatto uso speciale ed abbondante nella clinica di Hegar è l'acqua di cloro. Ho visto anche il drenaggio adoperato generosamente: per citare alcuni

dei casi principali osservati, oltre ai casi di castrazione, che naturalmente dovevo trovare nella clinica di Hegar, mi parvero degni di speciale annotazione un caso di echinococco della pelvi ed un caso di ovariotomia incompleta per aderenze estese e tenaci; ambedue le donne erano avviate a guarigione, ed in ambedue i casi non si scarseggiò nell'applicazione dei tubi di drenaggio. Nell' ultimo caso accennato erano molteplici, della grandezza del dito mignolo e mantenuti della lunghezza di un metro circa; uno perforava lo spazio del Douglas, alcuni pescavano nella cisti incompletamente esportata e via via: tutti ad un certo tratto erano interrotti da cannule di vetro, per cui si vedeva il passaggio del liquido detersivo, che invece di injettarsi con schizzetti appositi si versava in piccoli imbuti di vetro applicati agli estremi dei tubi di gomma. — La medicazione in questo ed in altri casi era fatta con cotone imbevuto nell'acqua clorurata. In questa clinica, come è noto, in una donna a pelvi ristretta ed eclampsica per nefrite interstiziale, il 28 marzo 1877 venne praticato il taglio cesareo seguìto da amputazione utero-ovarica, senzachè s'avesse conoscenza dell'osservazione del Porro. A questi naturalmente spetta la priorità e nessuno può qui pensare nè pensa a metterla in dubbio. Accenno a questo fatto solo perchè mi pare d'aver letto in una effemeride medica italiana che l'Hegar fu il primo a praticare quest' atto operativo. A proposito di taglio cesareo, prima di dipartirmi dalla clinica di Hegar, accennerò ancora come, per cancro del *retto*, siasi dovuto venire in un caso alla estrema ratio del taglio cesareo, il che, parmi, sia stato fatto anche in un caso citato nel trattato di Schoeder.

Da Freiburg volsi i miei passi a Strasburgo, a questa sventurata città così provata dalle calamità della guerra, e dove, quasi in compenso, si sta edificando una grandiosa Università, e per gli uomini chiamativi, e per i nuovi edificii che si stanno costruendo, come ne fa testimonianza la nuova scuola anatomica, ove insegnano Waldeyer per l'anatomia descrittiva e Recklinhausen per quella patologica. L'istituto ostetrico è ancora l'an-

tico, sito in Blauen Wolken Strasse nel centro della città in continuità cogli altri edificii. Nell'insegnamento ostetrico a surrogarvi il Gusserow, chiamato a Berlino nell'aprile del corrente anno, venne chiamato il Freund da Breslavia, ove era docente. Il suo metodo operativo per l'esportazione totale dell'utero canceroso, lo ha omai reso noto ovunque nel campo ginecologico. Nella clinica da lui diretta ho osservato alcune collezioni ed alcuni suoi preparati che attestano la sua ingegnosa e laboriosa attività. È noto ad ogni cultore della ostetricia come la testa subisca svariate e notevoli deformazioni nel passaggio attraverso la trafila pelvica, come esse variino a seconda della presentazione, a seconda del modo con cui è sconciata la pelvi, e come tali alterazioni ripetano la loro origine non solo e non tanto dalla bozza siero-sanguigna, quanto dalla compressione subita dalla massa cranica in questo od in quel senso e dallo spostamento che subiscono specialmente le ossa della volta in ragione degli spazii membranosi da cui sono unite. Il Freund ha pensato a rendere dimostrative tali deformazioni del capo rendendole permanenti mediante l'applicazione immediata, subito dopo la nascita di bambini morti, di bende ingessate, e facendo quindi preparare i cranii a secco. La collezione mano mano arricchita, è attualmente veramente interessante: oltrechè vi si osservano le diverse forme anatomiche primitive (brachicefalia, doligocefalia, sviluppo abnorme od appena accennato del D. biparietale e via di seguito, criterii di cui si deve tener calcolo nello studio del meccanismo di parto) e le diverse lesioni prodotte dal parto stesso, vi si osservano specimen squisitissimi della forma assunta dal cranio nelle diverse presentazioni, nelle diverse pelvi e modelli bellissimi della così detta deformazione obliqua. Certo da tale collezione si potrebbe trarne riccamente profitto e per lo studio completo del meccanismo del parto in uno dei suoi fattori, e per l'insegnamento. Nella raccolta poco ricca di pelvi osservai un esemplare di pelvi obliqua ovalare, in cui le traccie evidenti di un processo morboso dell' ossatura nella parte sinostotica, svelano sufficientemente

l'origine della deformazione: ad essere completo accennerò pure come abbia osservato una pelvi in cui è stato schiantato un pezzo della branca ischio-pubica di sinistra, probabilmente per una troppo precoce elevazione delle branche del forcipe. Speravo di veder praticare dal prof. Freund qualche esportazione totale dell'utero canceroso, ma un grosso furuncolo allo avambraccio sinistro lo teneva in quei giorni inoperoso. In clinica ho visto usare con vantaggio come diuretico, nelle forme di anasarca, non in relazione con lesioni renali, la polvere della *Blatta orientalis*, la cui azione è già stata magnificata da altri, e che d'altronde la si può presumere molto analoga a quella della *Blatta vesicatoria*. In una donna con stenosi pelvica, si stava tentando la provocazione del parto prematuro mediante l'introduzione di un pessario intrauterino a dolce curva, nella cavità cervicale, come sembra essersi praticato con lodevole risultato in altre cliniche. Dodici ore dopo la donna non presentava che qualche doloruccio, ed io non so comprendere quale efficacia possa avere questo mezzo in confronto cogli altri e specialmente del nitrato di argento (Giordano) e dei mezzi dilatanti, non dirò della spugna preparata che, per le sue ramificazioni, all'atto della sua estrazione può far sanguinare il canal cervicale ed in ogni modo agevolare l'invasione delle forme infettive, ma della laminaria e più specialmente della tupelo. Non so poi quale risultato si sia ottenuto, perchè in quel giorno stesso io partii, ma il professor Freund era scettico al pari di me: ad ogni modo sta il fatto che con tale processo qualche risultato si è ottenuto: a Vienna spero di vederne nuovamente l' applicazione. Debbo ancora intrattenerla dell'altra collezione del prof. Freund: questa riguarda le parti molli del bacino. In questi ultimi anni specialmente nei periodici tedeschi si era impegnata una viva discussione sulla vera posizione dell'utero: così pure non è ancora lontano il tempo in cui i ginecologi si accapigliavano sulla sede intra o sotto-peritoneale delle essudazioni periuterine. Applicando su vasta scala il processo di preparazione usato da Freund, molte di simili questioni potrebbero essere rischiarate o risolte.

Egli pratica l'autopsia il più presto che sia possibile da 12 a 16 ore dopo la morte, non più tardi di 20: separato il bacino con due sezioni orizzontali bisogna avere anzitutto la precauzione di unire l'estremo libero del peritoneo parietale colle pareti pelviche, altrimenti il peritoneo ritirandosi verrebbe ad alterare i mutui rapporti; dopo si riempiono gli spazii rimasti vuoti mediante cotone imbevuto di alcool assoluto e il tutto lo si immerge poscia pure nell'alcool assoluto. Facendo poi sezioni verticali, orizzontali, ecc., a norma dello scopo che ci proponiamo, e distendendo la sezione sopra reticelle metalliche, si hanno delle preparazioni veramente stupende a scopo dimostrativo. In un preparato (sezione antero-posteriore) i vicendevoli rapporti degli organi pelvici si possono studiare a prima vista nel modo il più evidente: ben designata la disposizione delle aponevrosi pelviche, e ben distinta la cavità preperitoneale di Retzius. In questo preparato verificai appunto come tracciando la così detta coniugata normale di Meyer dal 3° pezzo del sacro al margine inferiore della sinfisi pubica, la base della vescica e il principio della zona peritoneale dell'utero corrispondano ad essa e come con tale linea la vescica faccia un angolo acuto, l'utero un angolo retto, il retto un angolo ottuso. Nella collezione di Freund ho pure osservato diverse preparazioni fatte nel modo accennato e risguardanti processi flogistici incoati nel cellulare peri-uterino: così pure mi colpì un preparato, che credo di una rarità estrema se non unico, di vesciche di echinococco che si sono sviluppate anteriormente e posteriormente sollevando il rivestimento sieroso dell' utero. Anche il dott. Bergesio che mi accompagnava è stato aggradevolmente sorpreso dall'esame di questa raccolta. A vero dire, in alcuni Musei italiani io osservai molte preparazioni anatomiche interessantissime fatte con questo processo; ma è la prima volta che mi si offrì l'occasione di esaminare una raccolta estesa, intesa allo scopo di illustrare l'anatomia e la patologia degli organi pelvici. Come Ella vede, Le faccio una enumerazione un po' arida delle cose vedute; ma a che pro' i fronzoli in un'epoca che

si interessa profondamente soltanto alla realtà delle cose? Se anche a noi seguaci di Esculapio è permesso un po' di poesia, se anche a noi è dato qualche volta di sottrarci alla gelida e plumbea atmosfera che incombe sui nostri capi e sollevarci a più spirabil aere, mi conceda di comunicarle le impressioni da me provate nel discendere il Reno da Bingerbrück a Bonn. — Il panorama che si dipinge mano mano sotto agli occhi è veramente incantevole; e vieppiù mi appassionavano per esso il sole che indorava l'estremo orizzonte e le parole di Heine, che rendeva popolare una delle mille leggende, che trassero l'origine in queste rive incantate. Il Reno scorre maestoso, con spire capricciose, rinserrato fra monti, che ora stanno a picco sulle onde, ora digradano dolcemente coi fianchi inghirlandati di pampini famosi, mentre le torri e i castelli che ne coronano le vette coi loro merli diroccati e colle loro mura ruinate attestano la furia devastatrice degli uomini e del tempo. Colle popolari leggende s'intrecciano i ricordi storici di epopee guerresche e il tutto lascia nella mente e nel cuore un ricordo incancellabile. Ma eccomi giunto a Bonn, alla urbs sapiens, alla città che diede i natali a Beethoven e che specchia le sue ville eleganti nelle acque del fiume magnificato nei cantici ispirati di Arndt e di Koerner.

L'istituto ostetrico e ginecologico di Bonn diretto dal professor Veit è pur esso di recente costruzione. Esso venne edificato nel 1873: è un grandioso edificio isolato in mattone senza rivestimento. Non so se questa espressione sia sufficientemente comprensibile, ma sono ignaro dei termini architettonici, e per soprassello lamento nel viaggio la mancanza della compagnia di quel caro mio Fanfani. — Insomma è un edificio, come dicono i Francesi, *en brique simple sans enduit.* Consta di un corpo centrale sporgente sulle due sue fronti e di due ali laterali che si innestano nel corpo principale e si protendono verso ovest. L'ingresso è precisamente a ponente. Ad oriente dà su una veranda e sopra un giardino prospiciente il Reno, a pochi passi dal quale sorge l' edificio sopra gli antichi bastioni. Il

professore, il medico primo assistente dott. Vianden ed il medico secondo assistente dott. Levis, hanno ivi la loro dimora. I parti vi sono in numero di 250 circa colla mortalità di 3 per cento. Ho osservato una grande raccolta di forcipi, di pelvimetri, di pelvigoniometri, ecc., ma su di essa non mi dilungo perchè è precisamente quella che venne rappresentata nell' Armamentarium Novum Lucinae di Kilian. Esaminai pure diligentemente la pelvi spondilolistetica conservata nella raccolta d'altronde poco ricca di pelvi: lo spazio utile è sufficientemente grande ed ha permesso infatti la liberazione mediante una operazione embriotomica. Vi è scarso il procento operativo nel campo ostetrico, grandissima invece la attività nel campo ginecologico, poichè vi si opera quasi ogni giorno. Il modo con cui è ordinata la clinica ginecologica merita che io ne faccia parola. Qui, come altrove, il primo assistente attende alla parte ginecologica, il secondo alla parte ostetrica: nella clinica ginecologica vi sono quattro classi di ricoverate: quelle della prima pagano giornalmente marchi 7 $^1/_2$ (poco meno di L. 10), quelle della seconda 4 $^1/_2$ (L. 5,60), quelle della terza 1 m. (L. 1,25), quelle della quarta vengono accolte e curate gratuitamente.

Gli studenti ricevono la loro istruzione clinica soltanto da queste; ma naturalmente quelli che si trovano nell'istituto, trattandosi di atti operativi importanti, possono essere chiamati anche per le altre, a cloroformizzazione avvenuta. La sala di operazione, prospiciente sul Reno, è veramente grandiosa.

Il metodo antisettico v'è praticato rigorosamente colle norme Listeriane: solo il professore ed il primo assistente prendono parte diretta all' atto operativo, gli altri assistono, ma senza nulla toccare ed il secondo assistente attende alla cloroformizzazione, che anche qui si pratica colla nota maschera, al di sotto della quale si fa sprigionare il cloroformio mediante un apparecchio simile a quello di Richardson. Il prof. Veit è nei confini tra la virilità e la prima senectus, è snello, arzillo, gajo, simpaticissimo, conosce ed ama l'Italia, e viene qualche volta a riscaldarsi alle nostre tiepide aure e ad ammirare il nostro

bel cielo. Non parla però la lingua italiana. Nei giorni in cui io sostai a Bonn, venne esportato un voluminoso polipo uterino, venne ristaurato con vero magistero d'arte un perineo laceratosi olim in terzo grado, ed infine fu praticata un'ovariotomia in un caso sufficientemente complicato perchè valga la pena che io ne tenga parola. Trattavasi d'una donna a ventre enormemente sviluppato, e nella quale da dicembre mancava la menstruazione: non poteva escludersi in modo assuluto che la gravidanza ed il tumore ovarico si complicassero mutuamente: ad ogni modo accessi minacciosi di soffocazione, imposero di procedere alla operazione, la quale dimostrò poi trattarsi semplicemente di un enorme tumore cistico moltilocolare. Un grande nebulizzatore Lister posato sopra un tripode metallico avvolgeva nella sua nebbia fenica operata ed operatore, accanto al quale stava un catino ripieno di acqua fenicata, nel quale prendeva e riponeva egli stesso gli istrumenti mano mano che occorrevano. Fece dapprima una incisione di 5 centim. appena al di sotto dell'ombellico, ed essa gli permise intanto di riconoscere le aderenze estese che il tumore aveva contratto colle pareti addominali. Indi punse la grossa cisti che si presentava mediante un trequarti comune: due aste, terminata ciascuna di esse con due uncini, mantenevano i rapporti tra pareti addominali e pareti della cisti mano mano che questa si vuotava. Le aderenze delle pareti addominali vennero disgiunte colle dita, le aderenze omentali e pelviche trattate con legature perdute e così pure si fece del peduncolo, stretto con tre anse di seta. Si omise il drenaggio; e la cucitura delle pareti la si fece pure con seta comprendendo nella sutura il peritoneo parietale. La ovariotomia è ormai divenuta una delle operazioni più semplici riguardo all'apparato strumentale: un bistorì, una forbice, qualche uncino, pinzette per emostasia, un trequarti comune, aghi e seta possono bastare per l'ovariotomia più complicata.

Dopo Bonn visitai Colonia, in omaggio al detto « qui non vidit Coloniam non vidit Germaniam » e per ammirarvi la splendida cattedrale ormai prossima al suo compimento e quindi me

ne venni direttamente a Berlino, ove mi fermerò alquanto, per avere esatta conoscenza di quanto concerne l'insegnamento ginecologico ed ostetrico. Prima di chiudere questa mia, non posso dispensarmi da alcune considerazioni suggeritemi dall'esame dei risultati ottenuti nelle Maternità da me sinora visitate. La sua attenzione sarà stata colpita dal fatto che nelle cliniche nuove di Berna, Zurigo, Bonn, la mortalità conserva un procento (3 %) ancora elevato in confronto di quanto osservasi nella pratica ostetrica fatta a domicilio. Eppure le tre cliniche sopraindicate sono collocate in condizioni straordinariamente favorevoli di terreno, e tutto quanto consigli l'esperienza e l'igiene architettonica v'è in esse attuato. Tale mortalità, che io col Duncan, sarei quasi inclinato a chiamare inevitabile, evidentemente potrebbe fornire una nuova e formidabile arma agli avversarii delle Maternità. Essi potrebbero rivolgersi ai partigiani di queste e dir loro con tutte le apparenze della ragione: dopo aver sprecato milioni voi sacrificate sopra cento due donne di più che coi mezzi che noi vi proponiamo. La questione mi pare meriti venga esaminata, tanto più che nella mia prima ruppi già una lancia in favore delle Maternità, e non vorrei si credesse averlo io fatto senza prima ponderare e sviscerare l'importante argomento. Studiamolo ora dal punto di vista umanitario e scientifico. Evidentemente se le gravidanze illegittime non esistessero, o se la nostra legge sociale non ritenesse disonorevole il concepimento non santificato dal vincolo morale e civile, non vi sarebbe bisogno di Maternità, e la carità pubblica e privata potrebbe venire in ajuto con modi diversi alle gravide legittime povere. — Dato il bisogno di un asilo, in cui le gravide illegittime possano nascondere la loro colpa, e trovare sostentamento ed assistenza, la questione si riduce a determinare se le Maternità, quali esistono, debbano cedere il campo a piccoli e sparsi asili. Sinora, a quanto io sappia, l'esperienza di questi su vasta scala venne fatta solamente a Pietroburgo, ove sorsero nel 1868 per l'iniziativa di due uomini insigni per la loro illuminata carità, di F. von Trepoff, ajutante generale del capitano di città, e del

barone P. von Maydell, capo del servizio sanitario. Ne esaminerò i risultati specialmente sulla scorta di un lavoro di Grünewaldt. Tali asili di solito contengono quattro letti compresovi quello del parto, e sono sparsi nei quartieri più lontani e più poveri della città. Ogni asilo è posto sotto la direzione di un ostetrico, ed una levatrice provetta coll'ajuto di una giovane vi attendono al disimpegno della parte tecnica; mentre per l'andamento materiale della casa è in ognuno di essi, una cuoca, una lavandaja ed un servo. Un asilo costa all'anno 1700-1800 rubli: cosicchè prendendo per punto di partenza, che ogni donna vi dimori in media 9 giorni, 120 donne vi avrebbero assistenza in un anno, ed ognuna di esse verrebbe a costare 15 rubli (circa 75 L.). Da queste cifre il Grünewaldt verrebbe alla conclusione che, dal punto di vista economico, ogni puerpera verrebbe a costare la metà circa di quanto realmente costi nelle Maternità di Pietroburgo. A me pare che da noi, con quel dispendioso impianto di numeroso personale tecnico e non tecnico per ogni asilo di 4 letti, le conclusioni sarebbero opposte; ma prescindendo dalle considerazioni economiche che in una questione umanitaria devono essere in seconda linea, una prima considerazione di indole diversa si affaccia, esaminando quelle cifre: in detti *asili le donne vengono ricoverate all' atto stesso del travaglio, mentre lo spirito dell' istituzione porterebbe che le gravide illegittime potessero trovar ricovero molto tempo prima.* Allo scoppio d'una malattia infeziosa, viene chiusa l'accettazione nell'asilo colpito; l'ammalata è trasportata, se non è sola, ovvero se è tale vi è curata fino alla guarigione od alla morte e poi l'asilo è chiuso e disinfettato. Dal 1869 al 1.° luglio 1877 10,400 partorienti trovarono assistenza in detti asili e di esse morirono 103, colla mortalità quindi del 0,99 %. Ma questa cifra va presa in modo assoluto? Intanto ogni asilo ha il diritto di inviare alla Maternità le donne in cui si ritiene necessario l'intervento dell'arte: vero è che in detti asili si usufruì raramente di tale diritto, e vi si praticarono le più importanti operazioni, compreso il taglio cesareo; ma intanto sta il fatto che il loro

procento operativo è inferiore in genere a quello delle Maternità, come risulta d'altronde anche dal seguente quadro che io riproduco dalla memoria citata di Grünewaldt, col quale non divido il suo entusiasmo a riguardo dei piccoli asili, tanto più vedendo citate tre Maternità in cui la mortalità è uguale agli asili di Pietroburgo.

LUOGO	Tempo	N.° dei parti	Mortalità per °/o	Craniotomia Cranioclasia	Forcipe	Versione	Estrazione	Distacco di placenta
Baden. Circolo superiore del Reno . .	1864-66	34553	0,73	—	1, 8	1	0, 3	1, 4
Asili di Pietroburgo	1869-76	7907	1, 1	0,03	1, 7	0, 4	0, 2	0, 4
Maternità di Pietroburgo	1871-72	4044	4, 2	0,25	2, 6	0, 9	1, 9	1
Id. di Mosca	1875	3425	1, 1	0,15	1, 3	1, 1	1	1
Maternità di Dresda .	1874-75	2094	1, 2	0, 2	3, 3	0, 3	0, 6	0, 2
Clinica di Königsberg	1873-74	361	1, 1	1, 1	4, 9	1, 1	1, 9	0, 5

Ora io concedo che gli atti operativi non aumentano *di molto* la mortalità totale negli istituti ostetrici; ma credo di non andar lontano molto dal vero, nel calcolare al meno nell'uno per cento la mortalità nella clinica da Lei diretta in causa appunto di quei casi disgraziati che risguardano donne o affette da emorragia grave, o da accessi eclampsici, o da rottura dell'utero, o nelle quali a domicilio vennero già fatti molteplici ed infruttuosi tentativi di liberazione. A Dresda nel campo operativo si avrebbe un procento di mortalità del 4,9 sulle operate, il che equivarrebbe a 0,47 per cento delle ricoverate, poichè sopra 1094 parti si ebbero 201 operazioni e delle operate 10 morirono. Ma nessuna clinica ha un procento operativo così elevato come quella della clinica di Milano, appunto perchè vi si ricoverano in gran numero le donne viziate e quindi le condizioni

si aggravano proporzionalmente. Ma anche indipendentemente da questo fattore ve ne ha un altro che deve essere preso in considerazione, ed è il fatto che i parti in primipare per ovvie ragioni si osservano molto più di frequente negli ospizii con tutte le conseguenze inevitabili per il maggior traumatismo e per le più gravi lesioni. Malgrado tutto ciò è innegabile che nelle Maternità la mortalità si conserva maggiore e ciò evidentemente per due ragioni, e perchè servono all'insegnamento e per l'agglomero delle ricoverate, per cui più facile l'innesto delle materie infettanti, più agevole l'insorgere di forme infettive, più rapido e più micidiale il loro diffondersi, e più difficile e più lento il loro estinguersi. Le conseguenze del primo fatto possono rendersi meno dolorose, ma non evitarsi del tutto, ma d'altra parte bisogna pure concedere, che l'istruzione clinica negli istituti ostetrici ampiamente fornita a medici ed a levatrici, non sia senza influenza nel rendere meno grave la mortalità puerperale a domicilio, per l'intelligente assistenza da essi prestata, mentre gli asili così isolati o non servirebbero adeguatamente alla istruzione ed alla scienza, o servendovi andrebbe forse in parte fallito il loro scopo, e menomati ne verrebbero i lor risultati. E qui voglio pure esprimere l'opinione che se nelle Maternità la morte miete più vittime fra le madri, l'arte però pronta e parata ad ogni evento salva un maggior numero di bambini, del che mi pare possa tenersi calcolo nella trattazione di questo argomento. Del resto io credo che gli asili sul genere di quelli stabiliti a Pietroburgo, possano rendere grandi e reali servigi, specialmente nelle grandi metropoli in cui le gravide si affollano a migliaia nelle Maternità; ma, lo ripeto, non credo che essi possano sostituirsi interamente alla Maternità. Non si deve distruggere, ma modificare, ed io sono persuaso che anche conservando le Maternità, la profilassi puerperale aspetta nuovi trionfi, non coll'erezione di stabilimenti grandiosi, non col profondere denari nel procurare ogni comfort alle camere delle ricoverate, ma costruendo edifici semplici e modesti finchè si vuole, ma in cui sia possibile la profilassi più dili-

gente, nei quali regni veramente sovrana l'igiene ed in cui e per la distribuzione dei locali e per l' opportuna disposizione del numeroso personale, e per la natura del terreno su cui sono fondati, e per la purezza dell' acqua potabile, sia reso possibile l' impedire l' agglomero delle ricoverate, evitare gli effetti di un lavoro troppo affaccendato quando i parti succedono numerosi, escluder l'infezione di puerpere recenti con lochi (come Kehrer ha messo in evidenza), isolare rigorosamente le forme infettive venute dal di fuori, opporsi all'insorgere di forme endemiche, combatterle efficacemente, vincerle e domarle appena manifestate. Nel campo della profilassi puerperale molto si è fatto, ma resta ancora a percorrere un lungo cammino, il quale se non ci condurrà alla sognata meta, potrà però guidarci molto vicino ad essa. Ed ora è tempo che ponga fine a questa mia, nella quale non ho fatto che sorvolare sull'argomento forse più importante che agita attualmente gli ostetrici. Continuerò a comunicarle le mie impressioni di viaggio, e procurerò di compensarmi della brevità del tempo che mi stringe, facendo tesoro del detto di Humboldt, ripetuto sulla base del suo busto collocato nel foyer del Parlamemto germanico, che cioè l'*energia è la miglior virtù dell'uomo.* Ed intanto chiedendo venia a Lei ed ai lettori, Le stringo cordialmente la mano

Suo devotiss.
DOTT. L. MANGIAGALLI.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Volume I. Ottobre 1879.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

LA QUINTA OVARO-ISTEROTOMIA CESAREA

(metodo **Porro**)

NELL'OSPIZIO DI S. CATERINA IN MILANO

con esito felice per la madre e il bambino

LETTERA

AL

Cav. GIUSEPPE BERRUTI

LIBERO DOCENTE CON EFFETTI LEGALI

E DOTTORE AGGREGATO ALLA FACOLTÀ MEDICA DI TORINO (SEZ. OSTETRICA)

PER IL

Prof. D. CHIARA

Egregio collega,

Con lettera pubblicata ne' nostri Annali di ostetricia del giugno u. s. la S. V. mi narrava brevemente la istoria di un'amputazione cesarea dell'utero fatta da lei con pieno successo in Torino nel mese di maggio dell'anno corrente.

Io le doveva una risposta non fosse che per ringraziarla dell' onore fattomi dirigendo a me la lettera, e non ad altri che porti nome assai più autorevole nelle discipline ostetriche, e m'è grato assai potermi sdebitare oggi, e con moneta equivalente; le narrerò pertanto le vicende della mia ultima isterotomia cesarea fatta in quest'ospizio milanese il 28 agosto. La lettera di lei, la comunicazione fatta poco tempo dopo all'accademia medica di Torino e l'istoria che sto per redigere mi porgeranno elementi per qualche critica del tecnicismo del-

l'operazione; solo modo, a mio avviso (la critica), di portare il tecnicismo a quel grado di perfezionamento il quale può consentire la speranza di risultati sempre migliori. — Non è a credersi certamente che l'amputazione cesarea dell'utero abbia detto già l'ultima sua parola, e ritenersi dovrebbe affatto intempestiva l'opera di colui che volesse farvi attorno un lavoro storico-critico, il quale tendesse alla sintesi; egli porrebbe confronti, corollarî e conclusioni cui ogni giorno che passa potrebbe mostrare opportuno, se non necessario, di portar modificazioni (1). — Ecco l' osservazione clinica fedelmente e con tutta brevità riferita; in essa la S. V. troverà segnato in corsivo tutto quanto parvemi più degno di nota, e che formerà punto di partenza per le mie considerazioni che terranno dietro alla narrazione del fatto.

N. 165 del registro clinico per l'anno 1879. — Contadina maritata, gravida per la 2.ª volta, e ricoverata il 16 luglio, sul finire della 1.ª quindicina dell'8.º mese; la è dessa una nostra non antica conoscenza, poichè la sua prima gravidanza trovato aveva la soluzione nell'ospizio milanese il 6 marzo 1878 alle ore 11,15 pom. — Le circostanze del 1.º parto meritano vengano esposte un po' minutamente come quelle che valgono a dar ragione della nostra grave determinazione nel 2.º

Proveniente da un paesello ne' pressi di Gallarate questa donna veniva accolta, come dissi, il 6 marzo 1878 in travaglio da circa 24 ore. — Stando al suo racconto, i primi dolori apparvero il 5 marzo, e alle 10 pom. si ruppero le membrane con esito di liquido amniotico *torbido* e procidenza di funicolo *probabilmente* non pulsante; la levatrice richiede tosto del

(1) Prendiamo ad esempio la storia. Si parla degli studi e delle sperienze di Cavallini, di Geser, di Fogliata, del caso di Storer (non Stover come taluno scrive), di quello di Hegar, e nessuno fece menzione dello scritto di James Blundell di Londra che nell' anno 1823 alla R. Società medico-chirurgica nella seduta del 3 giugno, tra le altre operazioni che si possono fare nel cavo addominale della donna dimostrava doversi comprendere la castrazione, l' estirpazione dell'utero cancernoso e dell'*utero puerperale* (V. The obstetrical journal of Great Britain, N. 70. Gennaio 1879.

medico che tenta liberare la donna con il rivolgimento, il forcipe e la craniotomia insistendo nell'opra per più di 2 ore; tornati vani questi tentativi, fa tradurre la partoriente all'ospizio dove giunge alle 8 pom. del giorno 6. — La visita fattale, poco tempo dopo accolta, ci rivela: Ansa di funicolo fuori dal pudendo di color rosso-nerastro proprio del cordone macerato, o già preso da putrefazione; scolo di liquame giallo-verdognolo fetentissimo; vertice *mobile* sullo stretto superiore in posiz. O. S. A.: il dito vi sente a sinistra un foro irregolare a forma di fessura (craniotomia fatta dal medico 1.° chiamato); collo dell'utero in parte riformato, ma dilatabile molto; C. V. valutata da 66 a 70 mm.; vagina calda e molto tumida con lacerazione di 2.° grado nel perineo; segni patentissimi di sofferta rachitide, condizioni generali discrete; polso buono, lieve la febbre (38,5), utero tranquillo: — le si fa un bagno generale tepido, ed alle 9 della stessa sera si dà principio al piano operativo stabilito per estrarre il feto. — Si comincia con il forcipe Guyon che ripetutamente scivola allo indietro nel momento di stringere i manici; si pon mano allora all'uncino acuto che viene infisso sulla mascella inferiore; ma questa si rompe quasi subito durante le trazioni, e l'uncino lascia la presa; vi tiene dietro un tentativo con il cranioclaste, il quale approda soltanto ad esportare porzioni di ossa, evento reso facile dalla macero-putrefazione del feto. — In questo frattempo (35 minuti) la donna s'è fatta inquieta, e dice soffrire assai; pertanto le si accorda qualche tempo di riposo sperando che la testa dalle risvegliatesi contrazioni uterine venga meglio fissata: si porge un po' di vino Marsala, e 2,50 gr. di cloralio. — Trascorsa un'ora e mezza (11 pom.) si visita la paziente, e trovato che la testa è molto meno mobile si ritenta il forcipe Guyon che stavolta non si sposta, e riesce a schiacciare il cranio; l'avvicinamento de' manici viene completato con la morsetta Lollini: — man mano che la testa è schiacciata, ruota lentamente a sinistra per modo che lo strumento viene a trovarsi sul corso della C. V., guardando la nuova curvatura

il lato destro della pelvi; con trazioni lente e protratte si estrae la testa *e con non poca difficoltà il torace;* secondamento immediato con la spremitura. — Tanto i primi che l'ultimo atto furono compiuti nella nebbia fenica, e tra il 1.° e il 2.° tentativo il canale venne accuratamente lavato con lunga e abbondante irrigazione fenica che si ripetè appena compiuto il parto. — Il feto estratto, in via di putrefazione, pesa 1950 gr. senza cervello ed è lungo 48 centim.: l'età sua sta dunque tra la 37.ª e 38.ª settimana.

Puerperio. — Questo fu alquanto burrascoso per vulvo-vaginite gangrenosa, endometrite e parametrite; ne' primi 6 dì la T. oscillò tra 39 e 40,2; la riparazione della gangrena vaginale fu alquanto stentata; e la parametrite fu più spiccata in basso sopra il fornice vaginale, per cui l'utero ancora nel 16.° giorno s'elevava 5 dita sul pube: però non essendoci stato mai neppure risentimento peritoneale, nè consociazione per parte di qualche organo importante, la donna non corse pericolo serio, e il 17 marzo (21 dopo il parto) lasciava l'ospizio in buon stato. — Prima di congedarla si instituisce un diligente esame ostetrico medico, col quale si rileva q. s. — Centri nervosi normali. — Fonesi polmonare regolare e murmure respiratorio distinto: area, impulso e toni del cuore normali; fegato e milza ne' confini, funzioni digestive regolari, nulla di particolare nell'apparato urinario. — Fornice vaginale poco concavo e rigido per essudato superiore non ancora scomparso; poco mobile l'utero e non completamente involuto; pareti vaginali rigide con una cicatrice a solco, lungo la branca ischio-pubica sinistra. — Abito esterno rachitico, mandibola sporgente, rialzati gli zigomi, incurvate le clavicole, più la destra, angolo sternale di Louis ben visibile, arti superiori regolari, mal conformati gli inferiori: difatto i femori sono incurvati in avanti ed all'esterno, ed assai brevi; ginocchio destro con il condilo esterno del femore assai sporgente e rotato all'infuori; tibie curvate e torte sul loro asse, particolarmente all'interno; il margine interno della tibia destra più sporgente della sinistra nel suo 3.° superiore

dove si avverte una scabrosità ossea grande quanto una nocciola; non molto anormali le curve della colonna vertebrale, lieve insellatura lombo-sacrale. Statura della donna 1,32 centim.

Circonferenza pelvica	700	mm.
D. tra le spine	220	»
D. tra le creste	220	»
C. E.	150	»
D. obl. destro	230	»
D. obl. sinistro	220	»
C. D^{ale}	80	»
C. V. (tenuto conto della particolare inclinazione della pelvi	65	»
D. bisischiatico	90	»
Altezza dell'osso illiaco D.	190	»
» dell'osso illiaco sinistro	180	»

Il promontorio si raggiunge facilmente; tutto il sacro è spinto in avanti, donde vengono accorciati tutti i diametri antero-posteriori; lieve introflessione del cotilo sinistro (1).

Ed ora, egregio collega, se a lei piacesse di riassumere in breve quanto di più importante, nel rispetto della distocia, presenta il fatto clinico che venni esponendo, potrebbe dire: — Deformazione scheletrica di natura rachitica in apparenza lieve; pelvi totalmente e irregolarmente ristretta-piatta; operazione embriotomica laboriosa, ed estrazione difficile del feto sebbene questo non fosse a termine, nè voluminoso e fosse macerato, donde la ragionevole induzione che il bacino fosse più angusto e più irregolare di quanto non permettesse porre in evidenza la più diligente pelvimetria; infine postumi di parametrite inferiore e di colpite gangrenosa che persistendo immutati, o modificandosi lievemente avrebbero reso malagevole in future contingenze accogliere indicazioni ostetriche che fossero ineccepibili e artisticamente tranquillanti; una cosa tut-

(1) Questa osservazione fu riferita dal dott. Cuzzi, che fu l'operatore, nel suo lavoro sul forcipe Guyon.

tavia veniva ad imporsi come la evidenza istessa, e cioè la impossibilità assoluta del parto spontaneo a termine, e la quasi certezza di più numerose e più gravi difficoltà per un'operazione embriotomica se per avventura la donna presentandosi tardi non ci avesse concesso di sciogliere il nodo con la interruzione artificiale della gravidanza. — Tale, o egregio collega, era la donna che il 27 marzo 1878 lasciava l'ospizio e che vi rientrava il 16 luglio gravida di 7 mesi e mezzo — a malgrado del nostro avviso di ricorrervi assai più presto. — Fu esaminata quasi subito e, mentre, com'era da aspettarsi, le condizioni scheletriche si trovarono immutate, si rilevò che il collo dell'utero era quasi abolito, e ridotto a un cercine duro e resistente con nel centro un infossamento rappresentante il termine inferiore del condotto cervicale: attorno attorno a questo residuo del collo una placca di tessuto resistente che ridoppia il fornice vaginale, ed è il residuo della pregressa parametrite; vagina discretamente umida e cedevole, meno in corrispondenza della branca ischio-pubica sinistra cui per tessuto cicatriziale è mantenuta fittamente adesa; infine dietro la sinfisi del pube che ha 31 mm. di profondità e 60 mm. di altezza si sente una sporgenza a mo' di sperone che scema di almeno 5 mm. la C. V. che vuolsi perciò calcolare non di 65, ma di 60 mm. appena — Ella converrà meco, egregio collega che siffatto reperto del canale duro e molle controindicava formalmente la interruzione della gravidanza nell' 8.° mese ch'era già trascorso in parte; lo scopo vero del parto prematuro doveva fallire perchè la embriotomia avrebbe dovuto necessariamente completarlo, e tale operazione sarebbe riuscita più malagevole e più pericolosa che la 1.ª volta non potendosi contare sulla dilatazione del segmento inferiore che avriasi dovuto sbrigliare fino in molta vicinanza del peritoneo, nè sulla dilatabilità della vagina che quasi certamente si sarebbe spaccata in corrispondenza della branca ischio-pubica sinistra.

Tutto ciò, congiunto al desiderio della donna di avere un bambino vivo, ed alla grande, fenomenale fiducia ch'ella ci mo-

strava e che le faceva dire avrebbe accettato ad occhi chiusi, e senza punto discutere, quel che a noi paresse di decidere nel suo interesse, ci fecero risolvere per il taglio cesareo da completarsi con l'amputazione ovaro-uterina. Preso questo partito si cercò di darne in bel modo contezza alla donna; ma essa troncò il discorso protestando che nulla voleva sapere perchè avendola noi salvata una prima volta si riteneva certa che l'avremmo salvata una seconda, e ciò le bastava: al marito fu detto nè scritto nulla non sapendo indurmi a vedere in lui nè la competenza nè *specialmente* la imparzialità che deve confortare siffatti giudizî.

Accolta pertanto siffatta indicazione fu preparato l'apparecchio per l'operazione che, fedele alla massima stabilita in altro mio scritto (1) avrei fatto prima che s'iniziasse il travaglio (salvo possibile ma poco probabile sorpresa) che il calendario indicava per il 28 agosto (ultima mestruazione il 18 novembre); e alla donna fu concessa una dieta più particolarmente carnea con l'aggiunta di un po' di vino chinato, una piccola bottiglia di acqua fosfo-ferruginosa, e 10 goccie della soluzione arsenicale di Fowler ogni dì. — La gestazione continuò regolarissima e niun disturbo vi si associò, salvo lieve edema ne' piedi comparso al principio di agosto, e di natura meccanica, chè lo stato della donna ci appariva fiorente, e le orine acide, dal P. S. di 1010 a 1013 non diedero mai traccia di albumina.

Il dì 26 agosto la operanda che stava sempre ottimamente, fu allontanata dalle compagne e sottoposta a speciale sorveglianza: — essa ne dice che da qualche tempo avverte qualche vaga e rara contrazione dell'utero senza dolore di sorta: fatto l'esame ostetrico troviamo che il fondo dell'utero si eleva fino alla parte più alta della zona ombellicale, che il diametro longitudinale soprapubico misurato con il compasso è di 24 centim.

(1) V. la mia Memoria « Fatti e commenti clinici, pag. 84, lin. 20. — Milano 1878, e La ovaro-isterotomia cesarea. Conferenza tenuta nell'anfiteatro chirurgico dell'ospitale maggiore di Milano (26 novembre 1878), p. 13, lin. 25 — in Annali di ostetricia. Gennaio 1879.

e il trasversale di 18; con la palpazione si sente la testa mobile sul pube e si conferma l'intermittente indurarsi del globo uterino senza che la donna provi contemporaneo dolore: col riscontro vaginale si sente la vagina più cedevole e umida, il cercine rappresentante il collo uterino assai rammollato e il condotto cervicale aperto abbastanza per dare adito al dito che giunge sulle membrane, e constata la presenza di vertice che volge con l'occipite a sinistra giudicando dalla sede del battito cardiaco ch'è nel quadrante inferiore sinistro, distinto e regolare (da 140 a 150): — l'edema degli arti inferiori è stazionario, funzionalità degli organi tutti fisiologica, allegria e fiducia immutata; nella notte qualche lieve doglia lombosacrale scomparsa il mattino seguente; nella giornata del 27 contrazioni uterine più frequenti, ma indolore; notte seguente calma e dormita; mattina del 28 operazione mentre l'utero è affatto tranquillo, alle ore 10.20 — Sono presenti, oltre tutto il personale sanitario dell'ospizio, il cav. Romolo Griffini medico-direttore, i medici comunali Vercelli da Saluggia, Bandi da Zeme (Mortara), Boccaletti da Milano, (P. Romana), il medico di S. C. Antonio Benazzi, e il dott. Niccolini medico-assistente nella clinica ostetrica di Pavia. — A questo, coadiuvato dal dott. Vercelli, è dato l'incarico della narcosi cloroformica, a' dott. Benazzi e Bandi quello della osservazione termometrica durante tutta la operazione e di 3 in 3 minuti; al Mangiagalli, 1.° assistente, tocca il compito di tenere a segno e regolare le pareti addominali in relazione con l'utero; al dott. Negri, 2.° assistente, quello di porgere gli strumenti, alla signora Bertocchi, levatrice maestra, coadiuvata dalle assistenti Urbano e Borgonovo, quello di regolare la nebulizzazione fenicata, ricevere il bambino, apprestargli le prime cure, e porgere il necessario per la pulitura del peritoneo. La cloroformizzazione, ben condotta dal Niccolini, è compiuta in pochi minuti, e alle ore 10.20, come dissi, dò principio alla operazione propriamente detta circondandola con le più rigorose e minute cautele antisettiche; eccone la concisa descrizione.

Siringatura vescicale, lasciando in vescica la sonda (maschile) poi incisione sulla linea mediana dal bellico a un dito trasverso dal pube; compiuto questo tempo la donna è presa da vomito (cloroformico); si riesce a contenere la massa intestinale, e si frena lo stillicidio sanguigno da un piccolo vaso in vicinanza dell'angolo superiore della ferita con una pinzetta emostatica. Messo a nudo l'utero lo incido in sede e sul mezzo di tanto da lasciare il passo all'indice della mano sinistra, colla cui guida e con due colpi del bistorì bottonuto compio la spaccatura del viscere per una estensione di circa 12 centim.; modica emorragia da un seno inciso e da lieve ferita del margine della placenta inserita sul fondo e sulla parte alta della parete anteriore; il feto, afferrato di *proposito deliberato* per la testa, viene estratto facilmente e vagisce tosto; è una femmina piccola, ma notevolmente ben conformata e vivace; pesa 2790 grammi, è lunga 47 centim., col diametro biparietale di 92 mm.; estratto il feto, si uncina l'utero con il dito all'angolo superiore della ferita e lo si tira fuori ajutando le trazioni con modica spremitura sull'addome; si stacca con tutta cura la placenta con le membrane, e poi si procede alla costrizione; in questo frattempo punto emorragia. — Mentre io tengo perpendicolare l'utero sollevando le ovaia, il dott. Negri circonda il cono utero-cervicale con un'ansa di filo ricotto del diam. di 1 mm., che viene assicurato a *un serranodi di Cintrat* (*grosso modello*, peso gram. 160), e mentre questo è messo in azione, io con l'apice delle dita, pur tenendo l'utero immobile, faccio pressione dal basso in su sul filo costrittore per oppormi in quanto posso a che scivoli in basso, sotto dell'orifizio interno. — Dopo alcuni giri di vite, e quando la costrizione volge al termine, il filo si rompe quasi a ridosso della tacca-madrevite; vi si sostituisce tosto un altro costrittore (media grandezza, peso 90 grammi), armato di filo dello stesso calibro, si stringe fino all'emostasi perfetta, e poi si recide l'utero 2 centim. circa sopra l'ansa costrittrice. Fu notevole, durante la costrittura, l'abbassamento del polso e la frequenza del respiro (stimolo riflesso del vago?),

come si vede più sotto nel prospetto termometrico. — *A questo punto, e prima di ogni altra bisogna, essendosi ripetuto il vomito, si applicano i primi 2 punti superiori della sutura coll'intento di rendere più agevole la contenzione delle anse intestinali, scopo che si raggiunge perfettamente* (1). — *Compiuto lo stringimento del peduncolo, e quando la superficie del taglio si mostra ben pallida, si attorciglia il filo costrittore; e visto dalla finestra della cannula d'aggiunta, che l'attorcigliamento è regolare, si rimove lo strumento e si piega in alto il filo con i due capi lasciati lunghi in sito per rendere possibile la riapplicazione del costrittore se qualche particolare accidente emorragico la rendesse necessaria.* — Il moncone viene assicurato all'esterno con un grosso ago lanceolato che lo trafigge insieme alle pareti addominali da destra a sinistra, *e si ha cura di raccogliere e assicurare con qualche punto di sutura* (con la seta) *il peritoneo parietale tutt'attorno al moncone, onde affacciare endotelio contro endotelio, anzichè soltanto il tragitto della ferita parietale al rivestimento parietale del moncone;* ciò fatto si circonda l'asta fissatrice con robusto filo di seta disposto a cifra 8, si chiude il rimanente della ferita addominale con altri 6 punti di sutura metallica comprendenti per tutto il tragitto il peritoneo parietale, e poi si fa la medicatura listeriana dopo ricoperto il moncone con cotone al percloruro di ferro: la pulitura del peritoneo fu fatta con una pezza di flanella e con spugne finissime antecedentemente disinfettate. — L'utero esportato pesa 520 gram.; la recisione cadde al livello dell'orifizio interno; *tra questa incisione orizzontale e la verticale corre un punto di tessuto uterino intatto; non si osserva il laminamento del peritoneo e degli strati più superficiali della musculatura come negli altri uteri amputati durante il travaglio;* il corpo luteo della gravidanza è nell'ovaio sinistro.

Ecco ora il prospetto delle osservazioni termometriche fatte

(1) La tendenza al vomito mi obbligò a procedere con tutta prestezza e rinunciare al proposito di dividere il peduncolo in 2 parti.

durante la operazione incominciata alle ore 10,20 antim. e finita alle 11.

Prima dell'anestesia
T. 37,6. P 108. R. 24.
—
Durante l'anestesia
T. 37,3. P 100. R. 24
—
Aperto il peritoneo — ore 10,20
T. 37,3. P 100. R. 26.
Ore 10,23. T. 37,4
» 10,26. » 37,5
» 10,29. » 37,5
Si stringe il peduncolo.
T. 37,3. P 50. R. 32.

Ore 10,32. T. 37,4.
» 10,35. » 37,4.
» 10,38. » 37,3.
» 10,41. » 37,2.
» 10,44. » 37. P. 72. R. 30
» 10,47. » 37,1.
» 10,50. » 37,0.
» 10,53. » 37,
» 10,57. » 37,
» 11,00. » 36,9.
» 11,3. » 36,9.
» 11,6. » 36,8.
Finita la medicatura
T. 37. P. 72. R. 28.

Come si scorge da questo prospettino la temperatura generale si abbassa regolarmente in armonia e ragione del tempo durante cui il peritoneo rimane esposto all'azione dell'aria atmosferica e degli altri irritanti, come nel caso nostro la nebbia fenica, la cui temperatura, per legge fisica, è notevolmente inferiore a quella dei liquidi generatori: queste poche cifre insomma confermano gli studi sperimentali di Wegner (1) che venne alla conclusione poter il semplice raffreddamento del peritoneo portare un abbassamento mortale nella termogenesi senza traccie di peritonite: nella nostra operata la temperatura non scese sotto 36,8, e terminata la medicatura aveva ritoccato 37: queste cifre ci dicevano che il peritoneo non era stato molto esposto, e ci assicuravano riguardo allo shock.

Vicende del puerperio. — Alle 12 meridiane la operata vien messa nel letto da puerperio in un camerino previamente disinfettato: 2 vesciche con ghiaccio sul ventre, pillole di oppio

(1) Wegner. Considerazioni chirurgiche sul cavo peritoneale in Archiv. f, Klinische Chir. XX, Bd., I H, e rivista del dott. L. Mangiagalli. Annali univ. di medicina 1876.

di 1 centigramma ciascuna (1 per ora), bottiglie d'acqua calda a' piedi, lungo gli arti inferiori e a' lati del tronco. Alle 2 pomeridiane le orine sono ancora limpide, color giallo-pagliarino; alle 5 sono di color verde-scuro (azione dell'acido fenico): la puerpera si lagna di qualche lieve stiramento ai lombi, e di stimolo alla defecazione; ha preso 4 pillole d'oppio, un brodo e alquanto vino di Champagne. T. 37,1. P. 80. R. 28. Sera ore 8. T. 37,7. P. 84. R. 32.

29 agosto, ore 8 antimeridiane. Notte calma e confortata da molte ore di sonno tranquillo, senzazione subiettiva di benessere; *ventre piano, nessun dolore;* urine bruno-verdastre T. 37,6. P. 84. R. 28. Alle ore 2 pomeridiane T. 37,8. P. 88. R. 28.

Sera, ore 8. *Ventre piano, non dolori, non vomito, nè conati, nè singhiozzo.* Si rinnova la medicatura, e si trova la ferita pulitissima, non traccia di sangue lungo essa, nè attorno al moncone; la superficie di questa di durezza lapidea; la si copre ancora con cotone fenicato al percloruro di ferro. T. 38. P. 100. R. 28.

30 agosto, 8 antimeridiane. Sonno calmo fino all'una antimeridiana, poi qualche colpo di tosse che provoca lievi dolori addominali. *Ventre piano, indolente alla pressione;* orine fenicate. 1 pillola d'oppio ogni 2 ore, minestrine, vino di Bordeaux. T. 37,4. P. 84. R. 28. Alle 2 pomeridiane T. 37,8. P. 88. R. 28. Ore 8 pomeridiane. Una scarica diarroica un'ora prima; orine sempre fenicate, ma lievemente; qualche borborigmo intestinale. Prescrizione, mistura con essenza di menta, e due pillole d'oppio. T. 37,6. P. 88. R. 28.

Dal 31 agosto al 6 settembre. Temperatura minima 36,7, massima 38,1. Polso tra 80 e 88, R. invariato 24. *Ventre sempre piano, non il minimo indizio mai di peritonite.* Appetenza; funzioni vescicale e intestinale regolari; urine ridivenute limpide; dal 5.º al 6.º dì portata lattea normale. Dieta carnea, zuppe, vino di Barolo. Si comincia la tosatura del peduncolo, e si fa una medicatura tutti i giorni.

7 settembre, mattina. Notte intieramente dormita; funzioni

digerenti sempre normali; nessun dolore, *ventre sempre piano, affatto indolente anche alla pressione forte;* si levano 2 punti della sutura metallica, si constata un po' di suppurazione peripeduncolare per cui si continua la tosatura. T. 37,1. P. 76. R. 24. Sera, T. 38,2. P. 100. R. 26.

8 settembre. Si levano altri 2 punti metallici; coalito perfetto; urine non fenicate; si rinnova la medicatura 2 volte al giorno. T. 37,8. P. 92. R. 24. Alla sera, T. 38,5. P. 100. R. 24.

9 matttina. Sonno calmo e prolungato; una scarica spontanea di materie formate; mizione spontanea di urine un po' fenicate. *A' lati del moncone che incomincia ad odorare si notan due solchi profondi dovuti alla pressione dell' asta fissatrice;* la cute si mostra necrosata in corrispondenza del filo dell'ansa attorcigliata; ancora suppurazione attorno al peduncolo che si continua a tosare; si levano gli altri punti di sutura; coalito perfetto in tutta l'altezza della ferita; medicatura 2 volte al giorno. Alla sera (ore 8) *caduta spontanea dell'ansa costrittrice* (13.º giorno dell'operazione) avente una forma quasi elittica col massimo diametro a. p. di 22 millim. e trasverso di 18 millim.; *i due fili presentano* 6 *giri di attorcigliamento perfettamente regolari.* Nella donna sensazione subiettiva di completo benessere. T. mattutina 37,9. Alla sera, T. 39. P. 100. R. 24.

10 mattina, ore 8. Notte buona; euforia; orine non fenicate; appetenza. T. 37,2. Sera, T. 39. P. 96. R. 24. Un gramma di solfato di chinino.

11 mattina, ore 8. L' infundibolo lasciato dalla caduta del peduncolo misura 3 centimetri nel senso antero-posteriore, 2 trasversalmente e nel senso verticale; benessere subiettivo; riscontro vaginale negativo; *ventre piano, non dolente;* niun brivido; nessun accenno a fenomeni d' infezione; milza piccola, funzioni gastro-enteriche normali; toni cardiaci; murmure e risonanza polmonare parimenti normali; appetenza.

Ore 8 a.	T. 37,6	P. 88	R. 24
» 2 1/4 p.	» 40	» 104	» 28
» 5 1/2 »	» 39,4	» 120	» 24
» 6 1/2 »	» 38,4	» 120	» 24
» 7 1/2 »	» 38,4	» 120	» 24

Dal 12 al 16 settembre.

La temperatura oscilla fra 38, e 39,9; il polso tra 108 e 84; il R. tra 32 e 24. Scemato un po' l'appetito, lieve dimagramento, sensazione subiettiva di benessere persistente; l'infundibolo si deterge stentatamente e se ne toccano le pareti con acido fenico cristallizzato. Le orine sono fenicate, e perciò dal 16 settembre in poi si sostituisce per la medicatura il cotone al borace, e le lavature con soluzione di acido salicilico: il marito porta la bambina in campagna.

17 settembre (21.° dell'operazioue). L'infundibolo si va detergendo e la temperatura vespertina non supera il massimo di 38, 4; l'operata sta qualche ora seduta sul letto; è ritornato l'appetito; prescrizione, soluzione arsenicale da 6 a 15 goccie; acqua ferruginosa, vino di china; le orine dopo l'uso dell' acido salicilico hanno perduto il colore bruno-verdastro. Defecazione normale. *Ventre piano, indolente.* Un gramma di solfato di chinino.

Dal 18 al 30 settembre, T. fra 36,6 e 37,5. P. da 80 a 72. R. tra 24 e 20. L'infundibolo va rapidamente stringendosi e rialzandosi; la puerpera sta tutto il giorno fuori del letto seduta o passeggiando a suo talento; il 22 settembre pesava 38 chilogrammi, il 30 settembre pesava 40 chilogrammi e 400 grammi.

Dal 1 al 10 ottobre. L'infundibolo è chiuso e nulla si oppone al congedo della donna che lascia l'ospizio la mattina dell'11 in ottimo stato di salute.

Riflessioni e commenti. — Egregio collega, il lettore cui piacesse fare il confronto tra il puerperio della mia e quello della

sua operata, troverà forse notevole innanzi tutto che il puerperio nella mia sia decorso afebbrile fino al 13º giorno e senza verun indizio di compartecipazione peritoneale, nè in questo primo periodo, nè in que' cinque giorni di febbre dovuta alla modica suppurazione fattasi alla base del moncone. Questo fatto è in patente contraddizione con quanto ella ebbe a dire nella sua comunicazione accademica, che cioè *la peritonite franca e diffusa devesi ritenere inevitabile anche con la medicazione listeriana rigorosamente e puntualmente adottata.* Per essere franco debbo confessarle che anche prima dell'osservazione di Mangiagalli e di quest'ultima mia, la di lei asserzione m'era apparsa piuttosto azzardata, come quella che sta in opposizione con la fisio-patologia del peritoneo così ben studiata dal Wegner e colle numerose ovariotomie guarite senza febbre e senza il minimo risentimento peritonitico: e se poi vuolsi giudicare dell'amputazione uterina co' fatti di amputazione, aggiungerò che le mie due guarite, quella del Perolio e quella operata dal Mangiagalli, non ebbero a soffrire peritonite di sorta, nè settica, nè franca, nè diffusa, nè parziale, chè non vorrassi dare il nome di peritonite a quel lavorio essudativo necessario che si fa lungo il tragitto della ferita, e attorno alla base del moncone. Scrive la S. V. che la sua operata superò la peritonite *franca e diffusa*, ed io non lo metto in dubbio; ma se invece, che dalla sua parola, io dovessi trarre un giudizio dalla osservazione clinica dovrei dire che la operata da lei soffrì non di peritonite, ma di semplice irritazione peritoneale; difatti la fenomenia morbosa che a lei parve grave perchè arieggiante la peritonite diffusa, s'era dissipata la mattina del 21 maggio, cioè 5 giorni appena dopo l'esordio de' primi fenomeni; ora una peritonite diffusa, sia pure franca, consente forse un decorso, una curva, un ciclo così breve? No certamente, nè i nostri sussidi terapeutici co' quali non possiamo fare che una cura sintomatica sono da tanto da far durare 4 un processo morboso il cui ciclo è di 8, di 12, di 16 giorni: è lontano quel tempo in cui il medico si vantava, fosse, o non, in buona fede, di poter *jugulare*

il morbo; ma consentendo pure che si sia trattato di vera peritonite, i fatti da me riferiti e le considerazioni svolte stanno in tutto il loro valore, e porto fiducia che tenendole nel conto che si meritano la S. V. vorrà modificare la sentenza un po' pessimista, che nella operazione del Porro la peritonite franca e diffusa sia inevitabile, a malgrado della più rigorosa antisepsi listeriana.

Un' altra differenza che parmi pure considerevole tra i nostri due casi sta nel modo di stringere e fissare il peduncolo da me seguito, quello ch' ella voleva seguire e quello che poi adottò. A pag. 3 della sua lettera la S. V. scrive « Erami nella mente » *creata* la convinzione che i tanto temuti pericoli del rientra- » mento del peduncolo dopo l'amputazione fossero più illusori » che reali, dacchè non avvennero mai pel medesimo compli- » canze gravi *ne' casi pubblicati.* Piuttosto riteneva che gli ef- » fetti delle trazioni forzate, violenti del peduncolo, specialmente » nel periodo reattivo, *determinate dal costrittore o dai costrit-* » *tori* potessero essere causa funesta di insuccessi. Ero quindi » deciso di abolire i costrittori, sostituendo una legatura robu- » stissima del peduncolo diviso in due da cordoni di seta as- » sicurati alle pareti addominali, e ad una robusta asta tra- » figgente il peduncolo, e poggiante sui lati del ventre *con* » *larghi e morbidi padiglioni:* ma questo non fu possibile giac- » chè l'artefice non aveva peranco ultimata la *lancia a padi-* » *glione* ». Ecco tre periodi differenti che comprendono tre pensieri diversi: voglia permettermi qualche considerazione su ciascuno, cominciando dall'ultimo. Il proposito di sostituire il filo di seta a quello di ferro per stringere il moncone fu da lei seguito, ma le fallì; questa inefficacia avrebbe potuto prevedere a priori se lo spirito suo si fosse un momento fissato ai mille klamps e costrittori escogitati dagli ovariotomisti per fissare il peduncolo sebbene di questo il volume sia talvolta esilissimo, laddove dell'utero gravido il peduncolo sarà sempre voluminosissimo e con vasi sanguigni sempre cospicui; ci vorrà sempre pertanto una costrizione che il Kœberlé chiama *excessive* e che

le mani non possono produrre, salvo di frazionare in più che due parti la massa da legare; ma di ciò basti, che l'esperienza personale l'avrà convinto meglio delle mie parole. Dopo legato nel modo descritto il moncone la S. V. si proponeva, per fissarlo, di trafiggerlo con una *robusta asta* poggiante a' lati con larghi e morbidi padiglioni. Questo suo eccellente pensiero trovo che cozza un po' con la convinzione sua che i tanto temuti pericoli del rientramento del peduncolo siano più illusorii che reali; la *robusta asta* su cui ella vuole assicurare il peduncolo dice, malgrado suo, che il rientramento le fa paura. (Dell'affondamento fatto di animo deliberato nulla sappiamo, nessuno avendolo ancora praticato). *È poi vero che per il detto rientramento non avvennero mai complicanze gravi* nei casi pubblicati? Io ne conosco *uno solo* di questi casi, il mio, e giudicai doversi a quest'accidente attribuire gran parte nella morte della donna: a nessun altro degli operatori che narrarono i loro casi occorse il detto accidente: è adunque per lo meno prematuro l'affermare che per il rientramento del peduncolo non avvennero mai complicanze gravi; la clinica è quasi muta sull'argomento. Se poi ne talentasse di teorizzare, da parte mia dichiaro che non sarei *molto tranquillo* sull'esito dell'operazione se al 3° giorno, p. es., rientrato il peduncolo io dovessi scucire la ferita per andarlo a pescare nel cavo peritoneale, fare la toilette, porre un drain profilattico che in allora sarebbe necessario, e rifissare allo esterno l'emigrato moncone! D'altra parte mentre temerei così la *emigrazione* del peduncolo, non ho il benchè minimo timore, la più lontana preoccupazione degli effetti delle trazioni ch' ella *proclama forzate, violenti, determinate dal costrittore, o dai costrittori.* O io m' illudo stranamente, o non c' intendiamo punto riguardo all'ufficio del costrittore.

Nel mio concetto altro compito non deve *assolutamente* spettare al costrittore che quello di assicurare *matematicamente* la emostasia: resa certa e definitiva l'emostasi *lo strumento ha finito il suo compito* e va rimosso, ciò che si può fare subito, 24 ore più tardi, al massimo nel corso del 4.° giorno dall'ope-

razione: nella mia prima operata dell'anno 1878, diviso il moncone in due, strette le due parti, e attorcigliato il filo, tolsi subito gli strumenti; nella seconda operata dello stesso anno fui forzato a servirmi dello schiacciatore Chassaignac *a manico fisso*; per ciò, e per questo soltanto, lo strumento dovè stare in sede fino alla caduta del moncone: nella prima operata di quest'anno il dott. Mangiagalli tolse il costrittore nel terzo dì, quando fu sicuro della emostasi; nella seconda operata, quella del passato agosto, io tolsi il costrittore appena finita la sutura, e prima di procedere alla medicatura della ferita. Lasciarlo più a lungo e fino alla caduta del moncone, com'ella fece (e non poteva fare altrimenti avendo usato di un costrittore semplice, senza la modificazione che permette l'attorcigliamento del filo), come fece il Peyretti che pure adoprò un costrittore Cintrat, gli è crearsi un imbarazzo che può anch'essere pericoloso se il costrittore è voluminoso. Inteso a modo mio il compito del costrittore la S. V. *comprende tosto che il peso, il volume, la lunghezza del costrittore non hanno la minima importanza,* purchè munito di congegno che permetta, per il costrittore a filo, l'attorcigliamento di questo, e per il costrittore a catena la rimozione del manico. È ben vero che rimovendo tosto, o presto, il costrittore, ci priviamo del mezzo di stringere ripetutamente il peduncolo per affrettarne la caduta; ma io dirò tanto meglio, chè con il Breisky opino sia cosa pericolosa stirare, smovere, disturbare insomma le formantisi aderenze con lo stringere ulteriormente l'ansa del filo costrittore: nella donna operata da lei il moncone cadde nel 9° giorno; nella mia dal 12° al 13°; questo ritardo attribuisco non all'aver rinunziato alle ripetute strette rimovendo subito il costrittore, ma piuttosto alla natura del connettivo parametrico alterato dalla pregressa parametrite. Credo poi inutile spendere molte parole per dimostrare che la presenza del costrittore a filo non può concorrere a tener fisso il moncone imitando l' azione del klamp; il filo essendo flessibile si piega ad angolo tra la testa del costrittore ed il moncone, e questo può retrarsi, o il filo rompersi, quando

pure qualche moto incompleto della donna spingendo il costrittore contro il moncone non ne ajuti potentemente la emigrazione: il Porro nella sua memoria (pag. 40) esprime il concetto che un lungo serranodo poggiando sul pube possa fungere da leva, valevolissima per mantenere al livello voluto il moncone uterino: sarei lieto che avesse fatto getto di questa idea. La forza di retrazione del peduncolo può equipararsi a un peso di 2 chilogr.: ecco come trovai questa cifra. Il dott. Mangiagalli per fissare il peduncolo s'era servito di un' asta tubulata di pakfong; quando cadde il moncone, l'asta fu vista incurvata notevolmente; orbene per produrre quella curva sull'asta previamente raddrizzata vi si dovettero sospendere con un filo 2 chilogr.; il costrittore adoprato dal Porro pesava 140 grm., questi aggiunti a' 2000 almeno che rappresentano la trazione del moncone dánno la somma di resistenza che il klamp dovrebbe avere al minimo per tenere il moncone al livello voluto, e la somma di pressione che la pelle del pube sopporta, per cui si mortifica sebbene vi s'interponga morbido cotone; e non parmi possibile nè innocente contrabilanciare, con legacci che tengono fisso il serranodi, la potente retrazione del moncone; rinunciando adunque alla sua idea il Porro rinuncerebbe secondo me ad una illusione, possibile fonte di imbarazzi e pericoli per uno meno abile di lui in cosifatte operazioni; meglio assai adottare il klamp come fece C. Braun recentemente, sebbene io non creda che possa il klamp stringere così regolarmente come il serranodo, nè tenere il moncone fisso così bene quanto l'ago, o un' asticina di ferro passata sopra l'ansa, *nel caso che si temesse l'emorragia dal passaggio dell'ago sotto il filo costrittore.* — E qui, egregio collega, calza benissimo qualche parola della *lancia a padiglioni* ch' ella s' era proposto di adoprare: a me non pare che i detti padiglioni possano raggiungere l'intento per cui si propongono. Ed in vero la lancia poggiando sopra un piano mobile e *cedevole* non può subire la trazione del moncone in modo uniforme, uguale cioè al centro e alle sue estremità; la parete addominale tutt'attorno al moncone si in-

fossa a mo' d'imbuto avente la bocca più larga nel senso della linea percorsa dalla lancia; ne viene che la pressione fatta da questa, fortissima (da 1500 a 2000 grm.) in sul margine della parete addominale circostante al moncone, sarà lieve pochi millimetri più in fuori, e quasi nulla ne' punti dove poggerebbero i *padiglioni* della lancia; aggiunga che la trazione fatta dal moncone non è perpendicolare all'asta lanceolata, ma obliqua dall'avanti all'indietro, com'era obliquo l'utero, com'è obliquo il residuo lasciato dall'amputazione; questa direzione della forza traente sull'asta tende necessariamente a farla rotare, e se ci fossero i padiglioni, il margine superiore o inferiore di essi verrebbe a far pressione sull'addome, invece di rimanersene orizzontalmente disposti: se ciò fosse, ed io non ne dubito, l'asta con padiglioni sarebbe uno strumento per lo meno inutile nell'apparecchio istrumentale. Non mi rimproveri, egregio collega, che io scenda a troppo minuti particolari; questi hanno la loro importanza nelle piccole come nelle grandi operazioni, per le quali si può sempre dire con ragione « grandi effetti da piccole cause » — Riguardo al costrittore, oltre quanto già dissi, debbo aggiungere che dovendosi rimovere dal 1° al 3° giorno, più che la sua piccola mole, importa che sia costruito in modo da poter attorcigliare il filo: ciò non sarebbe possibile con quello adoperato dalla S. V., *e attribuito a Koeberlè, a senso mio inesattamente;* nè per la forma, nè per il peso e la lunghezza, nè per il modo di muovere la vite quello da lei usato rassomiglia a quello di Koeberlè, il quale a pag. 579, 580 nel suo articolo *ovaires et ovariotomie del dizionario di medicina e chirurgia francese,* diretto da Jaccoud dice che il suo costrittore ha un peso di 13 a 14 grm. e una lunghezza del passo di vite di 2 $^1/_2$ centim. e la lunghezza totale di cent. 7, cioè assai meno della metà di quello da lei usato; e la forma ne differisce pure, com'ella può convincersi con uno sguardo dato alle figure rappresentanti il costrittore del chirurgo strasburghese: giudicai opportuna questa riflessione come quella che potrebbe prevenire equivoci in qualche medico che avendo letto

la sua osservazione, e vedute le figure che l' accompagnano, intendesse fornirsi degli strumenti necessarî per l' operazione che stiamo discutendo: a questo medico del resto dovrebbesi consigliare sempre il costrittore di Cintrat che può far costruire piccolo e corto quanto crede. Ma è tempo che io ponga termine a queste mie considerazioni critiche, dettate, voglia la S. V. crederlo, da puro amore per l' arte, e dal vivissimo desiderio mio che l'amputazione uterina-cesarea possa presto cogliere allori pari a quelli della ovariotomia, e si faccia accessibile al più modesto medico di città o di campagna; mi riassumerò adunque con le poche proposizioni che seguono:

1.° Nell'amputazione cesarea dell'utero l'ufficio del costrittore (con il filo, o con la catena) dev'essere quello soltanto di assicurare con fisica certezza la emostasia.

2.° Prodotto questo effetto, lo strumento dal 1.° al 3.° dì si deve togliere, tanto più che le costrizioni che si potrebbero fare dopo quest'epoca per accelerare la caduta del moncone non si possono giudicare come del tutto innocenti.

3.° Tra i costrittori a filo quello di Cintrat essendo costrutto in modo da poter attorcigliare il filo e venir rimosso, merita la preferenza: il costrittore a catena (écraseur) dev'essere costrutto in guisa da permettere la rimozione del manico.

4.° Un'asta di ferro sufficientemente robusta che attraversi nel senso trasversale il moncone, *sopra l'ansa del filo costrittore*, è il mezzo più semplice, perciò migliore, di tener fisso il moncone al livello voluto. È utile che l' asta comprenda pure le pareti addominali, e che queste siano tenute accollate al moncone e contro l'asta con una legatura a cifra 8, fatta mediante robusto filo di seta.

5.° Tanto il costrittore, quanto l' asta fissatrice, potrebbero venir sostituite da un klamp: credo però che questo non avrebbe altro vantaggio che il guadagno di qualche minuto nella durata dell'operazione ed avrebbe l'inconveniente di non stringere così regolarmente il moncone e di ritardarne la caduta: il costrittore ordinario di Cintrat per quanto voluminoso e pesante non può, per legge fisica, funzionare da klamp.

6.° È buona pratica quella di raccogliere e fissare il peritoneo parietale al peritoneo viscerale (che riveste la base del moncone) onde affacciare endotelio contro endotelio.

7.° La peritonite franca diffusa non è una necessità dell'amputazione ovaro-uterina cesarea; le cautele antisettiche rigorosamente seguite prevenendo la setticemia, non soltanto possono prevenire la peritonite, ma dánno ragione delle guarigioni ottenute senza elevazione febbrile della temperatura.

Egregio collega: è naturale ch'io desideri veder confermato dalla esperienza degli altri quanto la mia (che non è più bambina) m'ha dimostrato più semplice ed utile nella operazione del Porro: ma se per avventura il verdetto dovesse tornarmi contrario, non rimpiangerei quanto scrissi, nè mi rinchiuderei imbronciato nel cerchio delle mie idee, peccando di ostinazione e di esclusivismo, com'a dire, di pretesa all'infallibilità; no, tutto ciò non farei perchè convinto d'aver concorso anch'io, e non discutendo e criticando soltanto, a quel meglio che mi si opporrebbe in forma di fatti. Le faccio il migliore degli auguri, quello di una robusta salute, e mi ripeto della S. V. devotissimo collega

D. Chiara.

ALCUNI DATI CLINICI

SULLA

SUBINVOLUZIONE UTERINA

studiata fra i 9 ed i 24 giorni dopo il parto

nel R. Istituto Ostetrico di Parma

DAL

Dott. ARNALDO LONGHENA

Medico assistente

In un mio lavoretto popolare d'Igiene Ostetrica (1) accennai ai danni che ne possono venire, qualora non venga curata la regolare involuzione uterina nel puerperio. Oggi m è caro ritornare sull'argomento e senza alcuna presunzione di scoprire fatti nuovi, portare solo il mio modesto contributo esponendo in proposito i miei pensamenti, servendomi per questo del materiale clinico ricavato dalle cartelle cubicolari dell'Istituto e dalla spassionata osservazione dei fatti.

A me che credo l'argomento meritevole d'osservazione, fece impressione il fatto delle poche parole che parecchi trattatisti spendono su di esso, della lieve importanza che vi dánno. Ho consultati in proposito il Churchill, il Joulin, il Simpson, il West, il Balocchi, il Naegele e Grenser, il Barker, il Macari ,lo Schroeder il Cazeaux, e pochi accenni trovai sulla subinvoluzione uterina. Il Tilt che, nel suo ottimo trattato di Terapeutica Uterina (2), parlando sulla subinvoluzione dice come molti pratici, non stimando opportuno l'esaminare le cause di una cattiva convalescenza, noi non sappiamo sull'argomento nulla di più di quello

(1) Longhena. Alman. della Famiglia, Anno 2.° 1874.
(2) Tilt. Op. cit pag. 250.

che scrisse Simpson nel 1852, fece sorgere in me il desiderio delle ricerche. Churchill (1) accennando alla subinvoluzione, riferisce come osservò dei casi nei quali l'utero non si ritirava dietro il pube che in capo a 18, 20, 22 giorni, senza che la donna presentasse fenomeni morbosi; e dopo aver detto come di solito tale ritardo nell'involuzione si osserva nelle malate di leucorrea, tratteggia i sintomi uterini della malattia e passa agli studi più recenti sulle modificazioni che subisce l'utero puerperale. Joulin (2) credo proponga una buona cosa, dicendo come l'involuzione puerperale non debba misurarsi partendo dall'ombellico, il quale, di poco è vero, ma pure può essere a vario livello nelle varie donne, e fissando come punto di partenza la sinfisi pubica. Tratta della subinvoluzione più dal lato dei fenomeni che possono produrla, o mantenerla anco apparentemente: quali le emorragie uterine e lo stato di pienezza della vescica; ma poche linee consacra, e anche queste molto laconiche, su tale malanno. Il West (3) tratta della subinvoluzione come esito di uno stato infiammatorio dell'utero dopo l'aborto, od il parto; ed in ciò segue l'opinione del Tilt nel suo lavoro già citato, opinione però che il Tilt stesso espone più avanti sotto altre parole, dicendo come la deficiente involuzione per sè stessa può non essere infiammatoria, ma bensì causa dell'infiammazione catarrale di ambedue le mucose uterine. Il De-Cristoforis, nelle sue note al West, unisce felicemente il *mancato allattamento* alla subinvoluzione, come potente causa efficiente di essa.

Nulla trovo nel Balocchi che accenni alla subinvoluzione; a meno che non vogliasi vederla tratteggiata fra le malattie di puerperio, e precisamente al capitolo: Infiammazione dell'utero e dei suoi annessi. Come il Churchill trattano di essa il Neagele e Grenser. Nulla nel Barker. Il Macari (4) nel suo

(1) Churchill. Maladies des femmes, pag. 390 e seg.
(2) Joulin. Traite complét d'accouchements, pag. 600 e seg.
(3) West. Lezioni sulle malattie delle donne, pag. 115 e seg.
(4) Macari. Ostetricia, Ginecologia e Pediatria, pag. 147 e seg.

Trattato d'Ostetricia dice l'involuzione puerperale meritevole di studio speciale, accenna alle dimensioni dell'utero nelle varie epoche di puerperio, e poi passa allo studio istologico della metamorfosi regressiva nel viscere. Eguale risultato si ottiene leggendo lo Schroeder nel quale sono ottime e diffuse le note del traduttore. Il Cazeaux nel suo trattato, lascia inevasa la curiosità del lettore. Il Simpson (1) dà le misure dell'utero nella gravidanza, e colla sua parola stimola il lettore ad occuparsi un poco della subinvoluzione uterina. A tale proposito cita un lavoro su questa del prof. Retzin di Stockolma (ch'io sono dolente di non potere consultare con altri già pubblicati sull'argomento) le di cui osservazioni gli indicarono essere il lavorìo della subinvoluzione uterina nel puerperio preceduto, come il riassorbimento di taluni depositi, da una trasformazione grassosa delle sue fibre, e che il sangue nella convalescenza puerperale, studiato al microscopio, dà per risultato una corrispondente abbondanza di globuli e di granuli grassosi. Il limite assegnato dal Simpson ad una completa subinvoluzione fisiologica è di 4 a 8 settimane, chiamando egli nel suo lavoro sull'argomento: persistenza morbosa dello stato di ipertrofia puerperale quello stato nel quale è lenta, deficiente, morbosa la subinvoluzione stessa.

Il dott. Snow Beck (2) all'esame microscopico della fibra uterina che subì un'incompleta involuzione, non trovò alcun deposito infiammatorio, ed eterologo, ma il tessuto del viscere simile a quello dell'utero nel nono mese di gestazione; solo che le di lui fibre muscolari costitutive erano più piccole, e come quelle d'un utero a metà gravidanza. Il Simpson parlando del Courty dà i sintomi speciali per tale autore alla subinvoluzione, concludendo il Courty col dire come in essa si osserva un aumento di volume dell'organo eguale in tutti i sensi, quasi simile a quello del viscere nel terzo mese di gestazione, e come la sonda penetra in esso per 9, 10 cent. e più. Nella bella Memoria del

(1) Simpson. Clinique obstetricale et gynecologique, pag. 555.
(2) Simpson. Op. cit., pag. 556 e seg.

Simpson sulla Sonda Uterina, l'autore tratta pure dell' utilità di un tale strumento per misurare la cavità dell'utero nel puerperio, cavità ch'egli dopo il parto dice avere 15, 20 centim. di lunghezza; mentre nello stato di salute della donna non gravida, una lunga serie di osservazioni fatte colla sonda nella vivente e nel cadavere diede come media lunghezza dell'utero, dall'orificio esterno al fondo, 63 mill. e come, fino ad un certo punto il sondaggio di un utero puerperale può aiutare il medico legale in casi nei quali si debbano ricercare tutti i dati possibili, per determinare se in una data donna si compì il parto.

Dopo questo rapidissimo e incompleto accenno ai vari autori da me consultati, passiamo all'esame dei fatti e prima d'ogni cosa poniamo come base alcune misure dell' utero nello stato di vacuità e di puerperio.

Non torna del caso che io qui mi trattenga sulle misure dell'utero nella vergine, trovandosi esse indicate in ogni trattato d'anatomia e d'ostetricia. Di volo accennerò solo al Sappey che dà come misura del viscere 60 mill., Guyon 52, Naegele e Grenser 8 cent. Per servirmi di materiale clinico, darò qui alcune misure prese in questo Istituto sull' utero puerperale dall' egregio mio antecessore ed amico il dott. Guglielmo Romiti, oggi prof. d'anatomia a Siena.

Le 18 osservazioni che ho riportate, frutto d'esame uterino praticato colla sonda del Simpson, abbracciano un biennio scolastico e cioè dal nov. 74 a tutto ottobre 76. Volendo avrei potuto aggiungerne altre, ma ho creduto bene di sopprimerle perchè non contenevano dati certi, o mancavano in qualche punto. Come risulta dal quadro i puerperî furono in tutte le donne esaminate normali, e questo feci per togliere motivo a giuste osservazioni, qualora il sondaggio fossesi praticato su donne a puerperio morboso. Così pure e sempre dal quadro si vede come le pluripare sono in minoranza, riducendosi esse a 7 su 18. Il motivo che mi indusse a questo torna facile a comprenderlo, pensando al volume (sempre maggiore di un utero in primipara) che conserva quello delle pluripare, anche

(1874 e 1875) QUADRO N. 1.

Num. di matr.	PRIMIPARA o pluripara	EPOCA del parto	PUERPERIO	VISITA d'uscita	RISULTATO del Sondaggio
7136	primipara	13 nov. 74	normale	25 novembre	9 cent.
7153	id.	14 id. id.	id.	25 id.	8 ½ id.
7156	id.	25 id. id.	id.	6 id.	7 id.
7164	id.	17 ottobre 74	id.	28 id.	9 id.
7166	id.	22 id. id.	id.	2 gennaio 75	8 id.
7163	pluripara	2 genn. 75	id.	16 id. id.	7 ⅓ id.
7177	id.	15 id. id.	id.	28 id. id.	8 id.
7173	id.	24 id. id.	id.	3 febb. id.	7 ½ id.
7162	primipara	26 id. id.	id.	11 id. id.	8 id.
7178	pluripara	2 febb. id.	id.	26 id. id.	7 id.
7184	id.	22 marzo id.	id.	7 aprile id.	9 id.
7194	id.	10 aprile id.	id.	21 id. id.	8 id.
7188	id.	12 id. id.	id.	21 id. id.	7 ½ id.
		(1875 e 1876) QUADRO N. 2.			
7247	primipara	6 ottobre 75	normale	18 ott. 75	8 ½ cent.
7256	id.	7 genn. 76	id.	22 genn. 76	12 id.
7255	id.	10 febb. id.	id.	27 febb. id.	3 id.
7264	id.	5 marzo id.	id.	15 marzo id.	8 id.
7280	id.	2 maggio id.	id.	13 maggio id.	3 id.

dopo un puerperio normale ed una completa involuzione. Credo che le divisioni da me fatte nel quadro, toccando i punti più importanti dell'argomento, possano dare idea chiara ed esatta del risultato. È questo un vantaggio dovuto alla buona pratica posta in atto qui nell'istituto dal prof. Calderini che, tranne nei casi di « endemia puerperale », o di speciali riguardi verso una puerpera, tutte che sortono debbono prima essere visitate. Giova questo all'istruzione pratica degli studenti e delle allieve levatrici, giacchè sì gli uni che le altre visitano frequentemente una puerpera che lascia l'Ospizio e si formano così un sano concetto dei genitali ed annessi nello stato puerperale, praticando sempre l'esame bimanuale o combinato; serve anche per dare consigli alla donna e come materiale di studio, venendo sempre il risultato della visita d'uscita scritto, mentre lo si pratica, sulla cartella della donna, colla data del giorno nel

quale si compie: risultato che viene poi per intiero copiato sul registro della clinica.

Le 18 osservazioni accennate furono praticate, come già dissi, colla sonda uterina in cavità; e qui ancora sottopongo ai colleghi altre 15 osservazioni di subinvoluzione uterina, o di lenta involuzione ricavate dalle cartelle ove, presente il professore, si compendia l'andamento del puerperio. Il dato di subinvoluzione venne preso, anzichè colla sonda, coll'esame combinato e colla misurazione esterna manuale dell'utero, prendendo quale punto di partenza la sinfisi pubica; e ciò perchè i sondaggi praticati dal dott. Romiti fatti a solo scopo di studio non si continuarono, per riguardo alle ricoverate, pei pericoli ad essi inerenti.

Con questo io ho terminato d'esporre parte dei risultati clinici d'esame delle puerpere, ricavati su un complesso di 141 parti.

Che la subinvoluzione uterina poi, già per sè sola anomalia puerperale, sia fondamento, o con comitanza di malattie uterine, è cosa che procurerò chiarire, accennando più avanti all' andamento della gravidanza e del parto, nonchè ai principali fenomeni puerperali, nelle donne prese in considerazione. Un carico potrebbe essermi fatto da chi mi leggerà e cioè sul come si pose un giudizio di subinvoluzione, esaminando le donne di solito in 11.ª 12.ª giornata, talvolta in 9.ª o in 10.ª di rado in 15.ª o 17.ª, una sola volta in 24.ª; e ciò molto più dietro il consiglio emesso dal Tilt che dice: sembrargli logico l'esaminare l'utero verso la fine del primo mese di puerperio. A questo io null' altro posso rispondere che cosa nota a chi praticò per qualche anno un Ospizio di Maternità; e cioè come: essendo esso un ricovero dove di prammatica le donne non si accettano, e non si dovrebbero accettare che al nono mese di gravidanza, è breve naturalmente la loro permanenza nello Stabilimento dopo il parto (12, 15 giorni) tranne nei casi di susseguenti malattie, nei quali pure qui almeno e in generale, debbono essere inviate se trasportabili al civico Ospedale, qualora la malattia si prolunghi oltre ai 15, 20 giorni. Ecco ora alcune note sull'andamento della gravidanza, del parto e dei principali fenomeni puerperali nelle donne comprese nei quadri 3.° e 4.°

(1877 e 1878) QUADRO N. 3

Num. di matr.	EPOCA del parto	PRIMIPARA o pluripara	VISITA d'uscita	Allattamento	STATO DELL'UTERO
7431	11 nov. 77	primipara	22 nov. 77	non allattò	Collo grosso due dita pollici, orli duri. Antiflessione ed antiversione. Utero a 4 dita sul pube, mobile, dolente.
7434	29 ott. id.	id.	16 gennaio 78	allattamento	Collo lungo 2 cent. Il dito penetra difficilmente dall'orificio esterno. Grossezza del collo un dito pollice. Fondo uterino a 5, 6 dita sul pube.
7436	21 gennaio 78	id.	1 febb. id.	non allattò	Fondo uterino a 6 dita sul pube. Viscere mobile, indolente. Collo grosso 2 dita pollici, lungo $^1/_2$ falange.
7458	24 gennaio id.	pluripara	5 id. id.	id.	Utero poco mobile, lungo 8 cent. (colla sonda). Collo grosso poco più di un dito pollice, duro. Il dito non penetra dall'orificio esterno.
7470	14 marzo id.	primipara	25 marzo id.	id.	Fondo a 4, 5 dita sul pube antiflesso e a destra, mobile. Collo più grosso di un dito pollice, resistente, duro. Il dito non penetra dall'orificio esterno.
7454	22 marzo id.	id.	3 aprile id.	id.	Fondo a 4 dita sul pube, mobile, indolente. Porzione sotto vaginale, lunga un cent. Collo grosso 2 dita pollici, consistente. Il dito penetra difficilmente dall'orificio esterno.
7478	28 id. id.	id.	6 id. id.	id.	Fondo dell'utero a 4 dita sul pube.
7490	25 aprile id.	pluripara	14 maggio id.	id.	Fondo a 3 dita sul pube. Collo grosso $^1/_2$ dito pollice. Il dito non penetra dall'orificio esterno. Antiflessione.
7488	5 maggio id.	primipara	17 id. id.	id.	Fondo a 3 dita sul pube, poco mobile. Collo grosso 2 dita pollici. Porzione sotto vaginale, lunga $^1/_2$ falange. Il dito penetra facilmente dall'orificio esterno.
7533	29 ott. id.	id.	9 nov. id.	id.	Fondo a 4 dita sul pube. Collo dolente, grosso 3 dita pollici, consistente. Il dito penetra dall'orificio esterno.

(1878 e 1879). QUADRO N. 4

Num. di matr.	EPOCA del parto	PRIMIPARA o pluripara	VISITA d'uscita	Allattamento	STATO DELL'UTERO
7524	4 nov. 78	pluripara	14 nov. 78	non allattò	Collo grosso due dita pollici, schiacciato, breve. Utero mobile, indolente, poco sopra il pube, in antiversoflessione che ammette la punta del dito.
7520	6 id. id.	id.	19 id. id.	id.	Utero a 4 dita sul pube, indolente, mobile. Collo poco voluminoso, duro. Il dito non penetra dall'orificio esterno.
7534	25 ottob. id.	primipara	2 gennaio 79	id.	Utero a 4 dita sul pube, mobile, indolente, (6 7 cent. circa il suo diametro trasverso). Collo grosso lungo $^1/_2$ falange. Il dito penetra dall'orificio esterno.
7572	24 gennaio 79	id.	7 febb. id.	id.	Utero a 3 dita sul pube, mobile, indolente in antiflessione. Il dito non penetra. Orificio esterno molle.
6567	3 aprile id.	id.	16 aprile id.	id.	Collo grosso poco più di un dito pollice, abbassato, portato indietro, fondo in antiversoflessione, obliquo a destra, indolente, mobile.

(1877 e 1878) QUADRO N. 5.

Num. di matr.	MALATTIE in gravidanza	PARTO	FENOMENI puerperali	MASSIMI di temperautra e di pulsazioni	STATO dei lochi alla visita d'uscita	ESITO
7431	Nessuna	Natur.	Ingorgo latteo e subinvoluzione.	T. 37. 8 P. 80.	Mucosi, inodori.	Guar.
7434	Vaginite granulosa.	id.	Parametrite sinistra e subinvoluzione.	T. 40. 2 P. 120.	Sanguigni e mucosi.	id.
6436	Vaginite granulosa con leucorrea.	id.	Subinvoluzione.	T. 38. 4 P. 100.	Leggermente tinti, odorosi.	id.
7458	Leucorrea.	id.	Accesso epilettico e subinvoluzione.	T. 38. 4 P. 88.	Leggermente tinti, mucosi.	id.
7470	Nessuna	id.	Subinvoluzione.	T. 37. P. 100.		id.
7454	Febbre periodica.	id.	Subinvoluzione. Endometrite.	T. 39. 6 P. 100.	Sanguinolenti odorosi.	id.
7478	Leucorrea.	id.	Subinvoluzione.	T. 37. 4 P. 100.		id.
7490	Leucorrea.	id.	Subinvoluzione.	T. 40. P. 160.	Mucosi.	id.
7488	Catarro bronchiale, leucorrea.	id.	Subinvoluzione. Movimento febbrile, fugato con un purgante.	T. 38. P. 80.	Sanguinolenti.	id.
7533	Leucorrea.	id.	Subinvoluzione.	T. 40. P. 100.		

Dagli ultimi 4 quadri uniti al presente lavoro, chi legge scorgerà subito una cosa e cioè come nel mentre all'esame delle puerpere si trova sempre, tranne in uno o due casi, il collo grosso due dita pollici, l'utero dolente in uno solo e l'orificio esterno pervio al dito in soli 3 casi; pure non vi furono nel

(1878 e 1879) QUADRO N. 6.

Num. di matr.	MALATTIE in gravidanza	PARTO	FENOMENI puerperali	MASSIMI di temperatura e di pulsazioni	STATO dei lochi alla visita d'uscita	ESITO
7524	Febbre efimera. Leucorrea	Natur.	Subinvoluzione.	T. 37. 4 P. 80.	Mucosi odorosi.	Guar.
7520	Febbre intermittente.	id.	Leggiero ingorgo mammario. Subinvoluzione.	T. 38. P. 78.		id.
7534	Nessuna	id.	Subinvoluzione.	T. 38. P. 100.	Sanguinolenti mucosi.	id.
7562	Leucorrea.	id.	Leggiera parametrite. Subinvoluzione.	T. 39. P. 100.	Mucosi leggermente tinti, inodori.	id.
7577	Leucorrea con vaginite granulosa.	id.	Subinvoluzione.	T. 39. 2 P. 100.	Sanguinolenti inodori.	id.

puerperio, e durante la permanenza delle donne in Ospizio, gravi malattie uterine. Invero astrazione fatta da un accesso epilettico, dal catarro bronchiale, entrambe malattie preesistenti al parto, dall'ingorgo latteo molto frequente negli Ospizi di maternità, dove raramente le puerpere fanno da nutrice; si ebbero solo, come malattie prettamente uterine, due casi di parametrite non grave ed uno di endometrite, essendosi però in tutte le puerpere, comprese nei quadri 2 e 3, riscontrato uno spostamento del collo, o del corpo, od una obliquità. Non è questo però, a mio modo di vedere, un retto criterio sul quale fondarsi per voler tenere in poco conto il fatto della subinvoluzione uterina, o chiamarlo scevro di pericoli per la donna.

Naturalmente la puerpera che sorte d'Ospizio, viene perduta di vista; ma io so per dato e fatto di alcune donne che: o perchè forzate dalle necessità, o perchè non curanti dei con-

sigli loro dati dai sanitari vollero sortire troppo presto dallo Stabilimento, di altre che all'insaputa di tutti scesero dal letto in 1.ª, 2.ª giornata di puerperio onde compiere alcuni loro bisogni corporali, di altre infine le quali, appena ritornate nel mondo, si diedero alla vita solita di disordini o di fatiche, e che poi tutte dovettero ricorrere al civico nosocomio per soppravvenuti disturbi, o infermità. Questi sono fatti cui io debbo accennare, come a contributi necessari al mio lavoro. Qualsiasi medico che abbia un pochino di conoscenza psichica della donna, e più ancora di quelle infelici che vengono accolte, nelle Maternità, deve pur sapere come, una volta rilasciata la puerpera, sono mille le cagioni che, volere o non volere, possono concorrere a farle dimenticare i consigli avuti: e prime fra tutte quelle delle dure necessità della vita, della famiglia e del pane quotidiano. Sulle 32 donne da me prese in considerazione, 21 sono primipare, 11 pluripare e nelle prime ebbimo 10 casi di subinvoluzione, nelle seconde 4; ciò che si opporrebbe ai pensamenti del Charpentier e del Autefage, i quali dicono farsi più rapida l'involuzione puerperale nelle primipare che nelle multipare. Osservando però i fatti senza spirito di parte è a notarsi, davanti a tale svario abbastanza marcato, come nelle primipare soltanto tre puerperii furono complicati da malattie uterine; per il che, ponendoli da parte, resterebbero su 21 donne, 7 sole che ebbero a soffrire di subinvoluzione come unica entità morbosa puerperale.

Sulla guida del Tilt ho già accennato ad alcune cause della subinvoluzione nel puerperio, e qui parlerò di alcune altre che, a parer mio, non debbono venire dimenticate. Riportandomi alla saggia osservazione del De-Cristoforis, cioè del come il mancato allattamento sia valido coefficiente alla subinvoluzione (1), dirò ancora come a questo pure io accennai in altro mio la-

(1) Noi crediamo più consono al vero il principio opposto avendo sempre osservato più protratta la lochiazione sanguigna, e più lenta la involuzione nelle puerpere nutrici. N. d. D.

voretto popolare (1). Qui aggiungo come tale fatto è forse il principale agente del danno in discorso, nelle Maternità, dove le barriere contro cui va a frangersi la possibilità di favorire il regresso uterino coll'allattamento, sono: Rifiuto della puerpera ad allattare, breve dimora della stessa nello stabilimento, difficoltà, per oggi almeno, di favorire tale cosa qualora, anche su 5 puerpere per settimana, 3 accettassero d'allattare il proprio o l'altrui bambino; impossibilità se non assoluta, almeno relativa a talune donne d'affidare loro il bambino quando escono d' Ospizio per ragioni, che il cuore suggerisce, il cervello plasma e spiega. Tralascio affatto qui dall'accennare al come poi l'allattamento possa venire affatto controindicato in talune donne, avendo io su questo scritte già alcune pagine e steso un piccolo codice igienico dell'allattamento (2). Da questi miei accenni ben si vede come una delle cause che produce e mantiene la subinvoluzione, è pure in molti casi un mezzo di cura fallito. Qualora poi la subinvoluzione sia mantenuta, favorisca, o sia favorita da talune infermità uterine quale la metrite, la para- e la endometrite, gli scoli leucorroici, le ulcerazioni placentari, le infiammazioni delle mucose uterine, gli spostamenti, il medico naturalmente dovrà volgere a queste le sue prime cure. In generale adunque e in particolare poi nelle Maternità, tolto l'allattamento materno come mezzo di cura della subinvoluzione uterina, rimangono come indica il Rey nelle sue note al Tilt: l'ergotina, la stricnina, le *doccie fredde*, l' elettricità, i bagni di mare, sempre che si tratti d'atonia uterina, poi la regolare degenza a letto della puerpera per un dato numero di giorni e per ultimo la fasciatura del basso ventre.

Passiamo dunque in rassegna questi mezzi curativi. Torna inutile ch'io intrattenga i colleghi sulla utilità dei primi mezzi terapeutici indicati, che nelle Maternità e nel lasso di tempo da me posto, non possono effettuarsi pel motivo già indicato. Unendomi al Rey espongo qui una mia opinione, e cioè come

(1) Longhena. Almanacco della famiglia; La Madre, 1874.
(2) Longhena. Almanacco della famiglia; La Nutrice, 1875.

potrebbero tornare di giovamento le iniezioni di ergotina nel parenchima uterino così come si praticano in caso d' emorragia, o di tumori. A lungo io ho insistito in uno dei miei lavori già accennati sul rigorismo che è duopo adottare per il bene della puerpera, onde la stessa non lasci il letto così presto. Otto giorni, anche in un puerperio regolarissimo, lo si sa, sono il minimum di tempo pel quale una puerpera deve rigorosamente guardare il letto, è ciò che qui si pratica; ma la maggior parte degli Ostetrici più distinti, porta a 10, 12 ed anche 20 il numero di tali giorni. Per me, e credo per tutti i colleghi, è questa una questione di tanta importanza, davanti alla quale mai non recedo e mai cesserò dal predicare. Qui nell'Ospizio di Parma come vidi al 7.°, 8.° giorno di puerperio, nel quale non si oltrepassarono mai i 37 di temperatura, 60 di pulsazioni, l'utero essere ad 1, 2, 3, dall'ombellico e la donna, sentendosi bene, insistere perchè le si concedesse la levata, lamentandosi col curante che la vietava; così pure osservai puerperî eccezionali è vero, ma che regolarissimi prima, si fecero poi irregolari o morbosi per una segreta scesa dal letto. La concessione di levarsi deve sempre essere subordinata allo stato della involuzione uterina prima, al generale della donna poi; non dimenticando di porre a lato del permesso le eventuali e non rare trasgressioni che la donna commette quando sia levata, a scopo di rifarsi in salute e lasciare, giusta lei, più presto lo stabilimento.

La bella Memoria dell' illustre professore G. B. Fabbri (1) abbenchè in essa non si accenni in modo speciale all' utilità della fasciatura per favorire la subinvoluzione, pure letta da tempo fece sorgere in me il desiderio d' esperirla e posso accennare ad otto casi di mia pratica privata, nei quali mi diede ottimi risultati. Sono pochi, è vero, per farsene un criterio esatto, ma non per questo da dimenticarsi. In tutte queste otto donne, tre delle quali pluripare a puerperî antecedenti irregolari, morbosi, lunghi, ebbi il piacere di riscontrare un puerperio nor-

(1) G. B. Fabbri. Utilità della fasciatura del basso ventre.

male affatto, un vero benessere nella donna, una regolare e completa involuzione uterina, e di sentirmi ringraziare per aver loro risparmiato quel senso di peso, di cascaggine delle pareti addominali, di vuoto così comune, massime nelle pluripare. Compiendosi poi le indicazioni che il Fabbri pone nella sua Memoria, ben si vede come è favorito anche il regolare regresso uterino. Dai quadri esposti che comprendono i risultati d'esame, se ne possono a parer mio trarre le seguenti conclusioni, sempre limitate però al numero dei giorni di degenza in clinica delle donne esaminate, degenza che segna un minimo di giorni 9 e un massimo di 24; ma che permette, dietro l'esame clinico fatto, di porre un giudizio di subinvoluzione.

1.° La subinvoluzione uterina puerperale, come fatto morboso a sè è data da un atonia delle fibre uterine e può stare senza che la puerpera accusi sofferenze dal lato dell'apparato genitale.

2.° Pochissima influenza esercita su di essa la primiparità, o la pluriparità.

3.° Basato sui risultati accennati e sulla mia pratica privata io, fino a prove di fatto contrarie, anche davanti alle contradizioni di Charpentier e di Schroeder, alle assicurazioni di Depaul, Charpentier e Autefage che l'allattamento ritarda l'involuzione uterina, sto cogli Ostetrici che la pensano in modo opposto.

4.° Che il fatto dei lochi sanguigni, o sanguinolenti nelle affette da subinvoluzione, può riferirsi nel mio lavoro al giorno d'esame delle puerpere, troppo prossimo al parto avvenuto.

5.° Come la subinvoluzione, causa e concomitanza di spostamenti ed obliquità uterine, è frequente nelle donne malate di leucorrea.

6.° Come è favorita e mantenuta in puerperio dal mancato allattamento, dal lasciare troppo presto il letto.

7.° Essere dessa meritevole di studio e di cura nella convalescenza puerperale coi topici indicati, colla rigorosa igiene, colla fasciatura addominale dopo il parto.

IDRONEFROSI SINISTRA DA GRAVIDANZA

ARRESTO DI SVILUPPO DEL RENE DESTRO

NOTA CLINICO-ANATOMICA

DEL

Dottor PAOLO NEGRI

MEDICO 2.° ASSISTENTE NELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA

diretta dal

Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

Il 21 maggio 1878 veniva accolta nell'Ospedale Maggiore di Milano, ove allora lo scrivente prestava servizio in qualità di medico-chirurgo assistente, e collocata nella sala Bianca Maria, letto N.° 25, una donna Bosatra Rosa, d'anni 32, contadina proveniente da Malnoè.

Riparava essa per un vivo dolore che da quattro dì la travagliava; questo dolore avea sede fissa alla regione lombare e si estendeva all'innanzi fin sotto l'ipocondrio sinistro; insistendo nelle domande, la paziente asseriva che il dolore era cominciato da circa un mese e dapprima assai lieve tanto da permetterle l'adempimento de' quotidiani lavori campestri; interrogata e ripetutamente se qualche altro disturbo si fosse aggiunto al dolore, ci rispose affatto negativamente tanto per l'apparato gastro-enterico che per quelli cardio-vascolare e polmonare. Per il passato sempre avea goduto ottima salute; soltanto da cinque mesi era sofferente per intercorrenti febbri che a tipo terzanario, retaggio della palude in cui lavorava, venivano di quando in quando a visitarla. Da parte degli organi genitali

non sapeva ben precisare a qual anno fossero incominciate le mestruazioni ; solo sapea dire che esse furono regolari; nell'anno antecedente era rimasta incinta; ma la gravidanza arrivata appena al 5.° mese s'interruppe spontaneamente essendo la donna diventata estremamente edematosa sia negli arti che nel tronco: coll'aborto però tutti questi disordini quasi per incanto scomparvero, e la donna godette ancora dell'abituale salute se si eccettuino le notate febbri. Al momento d'ingresso avvertiva eziandio che essa era nuovamente incinta e per i suoi calcoli circa al 5.° mese; anche questa volta la donna notava un certo grado di infiltramento agli arti inferiori manifestatosi col procedere della gravidanza; ma di questo poco si curava.

All'esame fisico poco si riscontrava di anormale negli apparecchi polmonare e cardiaco; al cuore un soffio dolce sistolico alla punta più intenso, qualche rantolino sparso all'ambito polmonare; all'addome al sito del dolore (quadrante sup. s.°) si provava come un senso di resistenza, quasi di un tumore che in alto si continuasse colla milza; tale regione percossa è affatto ottusa e tale si mantiene in alto fino a confondersi coll'area della milza, estendendosi in basso fin circa alla metà nel quadrante; qui anche la pressione lieve riesce dolorosa; verso l'arco costale, quasi scorrente su questo indeterminato tumore pare di sentire la punta della milza abbassantesi nelle profonde inspirazioni. Da parte dell'utero, per dirla in poche parole, si riscontrava un tumore all'ipogastrio con tutti i caratteri dell'utero gravido al 5.° mese; il riscontro vaginale pure deponeva in modo conforme. Oltre a ciò considerevole infiltramento degli arti inferiori che viene guadagnando anche le parti basse del tronco. L'urina scarsa, limpida, acida, ripetutamente saggiata non mostrò mai di contenere albumina.

Scorrendo le note dei pochi giorni in cui ci fu possibile osservare questa paziente ritroviamo: il dolore per cui la paziente ricorreva andò mano mano scemando mediante una cura locale; l'infiltramento andò invece continuamente aumentando e

guadagnando parti più alte (tronco, arti sup.) — lo stato generale in continuo peggioramento; contemporaneamente notevole diminuzione quantitativa delle urine che non mostrano però alterazione alcuna qualitativa.

Tutte le cure tentate tanto per la via dell'intestino, come per quella del rene onde diminuire alquanto il generale e grave infiltramento riescirono vane; anzi agli esterni versamenti altri se ne aggiunsero nelle cavità sierose e specialmente in quella peritoneale. Lo stato già grave si fece ancor peggiore il 10 giugno in cui ai tanti altri disturbi s'aggiunse eziandio il vomito; la fisonomia s'era fatta profilata e prosciugata, la tinta giallognola, le pupille tendenti alla midriasi, la lingua arida, ed al petto si avevano gravi segni di edema polmonare. La sera dello stesso giorno la donna si sgravava di un feto quinquemestre già morto; alla mattina successiva dopo breve agonia cessava di vivere.

Ed ora ecco quello che ci rivelava la necroscopia, eseguita 26 ore dopo la morte. Corpo interamente anasarcatico: al capo, al collo, nel cavo del torace nulla di speciale e degno di esser menzionato se si eccettui un gravissimo edema polmonare, ed un certo grado di infiltrazione adiposa del miocardio. — All'addome: considerevole raccolta di siero-citrino limpido, affatto libero: fegato di volume normale, alquanto adiposo; milza ridotta di circa la metà, piuttosto dura, la capsula raggrinzata alquanto dura la polpa con trabecole molto sviluppate. Allo stomaco ed all'intestino, tolto il generale edema, null'altro.

Reni. — Al sito del rene sinistro si riscontra un grosso tumore della lunghezza di 19 centimetri, della larghezza di circa 12, costituito da una parte resistente e da un'altra considerevolmente e palesemente fluttuante; al sito d'uscita dell'uretere si riscontra un cordone della grossezza di un dito mignolo che batte la via normale dell'uretere sinistro e viene a sboccare all'angolo posteriore sinistro del trigono vescicale; tolto dalla sua sede questo tumore ed esaminato, altro non appare che il rene sinistro aumentato considerevolmente di volume presentante

una superficie irregolarmente solcata; diviso longitudinalmente, si presenta la pelvi renale oltremodo sfiancata tanto da potere contenere un arancio di media grossezza, ripiena di un liquido che ricorda l'urina. Assieme alla pelvi renale son pure sfiancati i calici tanto da essere convertiti in altrettanti diverticoli taluno de' quali ammette liberamente il pollice ed arriva in qualche punto fin quasi a contatto della capsula fibrosa del rene. — La sostanza renale, tanto la corticale che la piramidale, è ancora sufficientemente conservata e presenta uno spessore vario da 1 cent. a 2. Macroscopicamente tale sostanza è alquanto degenerata adiposamente. L'arteria renale è aumentata in volume e sorpassa quello della femorale. — Tale rene affatto vuoto del liquido che conteneva raggiunge il peso di grammi 300.

Dissecando minutamente, al luogo normale del rene d.° si trova un corpicciuolo del peso di circa 6 grammi; al taglio, nulla ricorda per la tessitura della sostanza renale; tale corpicciuolo è provvisto di un'arteriola di calibro sì piccolo da non ammettere un sottile specillo: segue la via normale della renale d.ª; — al sito dell'uretere d.° si riscontra un filamento bianchiccio affatto impervio e che si perde prima di arrivare alla vescica.

Alla vescica, nulla di anormale alle pareti: manca però lo sbocco dell'uretere d.°; — è affatto libero quello del sinistro; pure libera è l'uretra. Utero della grandezza di una testa di feto; alquanto inclinato verso sinistra; contiene resti di placenta. Dopo questo era facile rendersi ragione del come erano passate le cose nella nostra paziente. Noi dobbiamo in essa considerare due cose affatto distinte: una anomalia per arresto di sviluppo, un fatto meccanico che malauguratamente la tolse di vita.

L'anomalia per arresto di sviluppo ci vien data dal rene d.° ed infatti ritroviamo un corpicciuolo che nulla ci ricorda del rene; provvisto di una arteriola oltremodo sottile, e quello che è più importante, munito di un uretere che non è pervio e si perde nel tessuto cellulare prima ancora di arrivare alla

vescica; da parte di questa non si ha traccia di quello che dovrebbe essere sbocco dell' uretere destro. Tutti questi fatti uniti alla sede del corpicciuolo ed al punto di impianto di quell'arteria (punto di sortita normale della renale), ci autorizzano a credere che in quel rene c'era stato un arresto di sviluppo.

D'altra parte il rene sinistro ci mostra un ingrandimento; ma non è già quella ipertrofia propria del rene che si riscontra in quei casi in cui uno dei reni per una qualunque causa è messo fuori di attività, ma è l'ingrandimento proprio di quella forma in cui per lesione o dell' uretra, o della vescica, o della pelvi, o di uno de' calici, è impedito il continuo versamento dell'urina già secreta per cui questa raccogliendosi al di dietro viene a sfiancare le parti retrostanti, lesione che fu appunto detta dall'aspetto idronefrosi. E nel nostro caso quale era causa di tale inceppamento? per quanto noi cercassimo non abbiamo riscontrato che un momento meccanico e questo nell'utero che aumentando in volume per il fatto della gravidanza veniva a gravitare sull' unico uretere che la nostra paziente avea, il sinistro.

E la storia stessa della paziente ci autorizza a credere che le cose sieno andate realmente così in quanto che essa si prestò direi quasi ad uno esperimento; ed infatti non sarà sfuggito al lettore come un anno prima la paziente fosse stata per la prima volta incinta ma come giunta la gravidanza al 5.º mese fosse diventata universalmente edematosa, edema che non scomparve che coll'aborto che fortunatamente per la donna in allora si produsse. Non trova ora questo fatto una verosimile spiegazione nel reperto anatomico? anche quella volta la causa dell'anasarca si dovea vedere nella impedita escrezione ordinaria, soltanto che in allora la lesione portata al rene dovea esser stata modica, tanto che tolta la causa (svuotato l'utero) ripreso l' urina il deflusso normale, anche il rene funzionò bene; data una seconda gravidanza, l'utero raggiunto quel certo volume, tornarono in campo gli stessi fenomeni; colla differenza però che questa volta la causa agì più pro-

fondamente sul rene, e questo anche affatto libero non si trovava più in caso di funzionare in modo compatibile colla vita. È così che la donna ci presentò il quadro finale dell'avvelenamento uremico, come avviene nell'esperimento sul bruto. Ne ripugna l'idea che l'utero gravido sia stato causa di tale lesione. Il Rosenstein (1) dice che l'utero gravido può esercitare una pressione sufficiente sull'uretere tanto da portare sfiancamento della pelvi renale; pure il Robert trovò l'utero gravido causa di idronefrosi. Nè voglio qui passare sotto silenzio il caso pubblicato dal dott. Mangiagalli (2) in cui appunto l'A. eliminate le altre cause si sente obbligato ad ammettere quale momento causale la compressione dell'utero gravido.

(1) Rosenstein. Malattie renali, traduz. Napolitani, pag. 308.

(2) Distocia da idropionefrosi di rene sinistro estopico. — Annali universali di medicina, 1876.

VARIETÀ

IMPRESSIONI DI UN OSTETRICO IN VIAGGIO

LETTERE

AL

Sig. Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

DIRETTORE DELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

III.

Berlino, 24 *luglio* 1879.

Caro ed egregio Professore. — Le scrivo nuovamente da questa metropoli germanica, che, ora, forse più che ai tempi di Alfieri potrebbe denominarsi *« una caserma prussiana universale »*. Ogni monumento è atto a mantenere desti od a risvegliare gli assopiti spiriti belligeri; e la massima via della città, *Unter der Linden*, nella quale, a vero dire, quei tigli rachitici mi fanno l'effetto di una stonatura, co' suoi monumenti antichi e recenti, co' suoi ricordi marmorei, colle sue statue di bronzo è una vera, viva e perenne glorificazione di Marte. Ma anche la saggia Minerva vi ha i suoi templi ed il suo culto, maestosi quelli, vivissimo questo. — Questa gara universale, questo slancio generale da me osservato in Germania nell'erigere nuove e comode sedi ai cultori della scienza e nell'aricchirle di quanto è indispensabile ad aumentare il patrimonio del nostro sapere è semplicemente ammirabile. Ciò favorisce naturalmente l'esplicarsi del genio pazientemente indagatore che costituisce la caratteristica della razza tedesca, mentre da

noi l'ideazione è forse più rapida e pronta. Che se anche fra noi la produzione scientifica ha avuto tanto incremento, maggiore è il merito, poichè qui certamente la scienza deve presentarsi più allettatrice a'suoi cultori che non sotto al nostro limpido cielo, ove la natura col suo eterno sorriso e col suo splendido ammanto pare voglia contrastarci l'amplesso fedele e costante della scienza ed avviarci piuttosto negli sterminati e fulgidi campi della fantasia.

Non accenno nè al grandioso istituto fisiologico, nè all'istituto anatomico, nè a quello anatomo-patologico perchè diserterei il campo in cui ho prefisso di aggirarmi. Gli Ospedali sono grandi e numerosi in relazione colla popolazione della città, che va rapidamente estendendosi, conquistando palmo a palmo le aride e desolate steppe del Brandeburgo. Vi primeggiano la Charité, vastissimo, con estesi spazii alberati, che si sostituiscono ai cortili fra i diversi corpi del fabbricato, posto nella via dello stesso nome: l'ospedale di Bethanien, poco lontano da uno dei rami della Sprea fuligginosa; quello di Moabit nel sobborgo dello stesso nome, costituito da molteplici baracche di legno, con rivestimento esterno di mattone, infine l'Allgemeine Städtische Krankenhaus. — Situato nel centro di un magnifico parco (Friedrichs Hain) fuori della porta di Landsberg, a 12 padiglioni della capacità ognuno di circa 24 letti, e separati l'uno dall'altro da ampie aree verdeggianti, è senza dubbio quello che più colpisce l'attenzione dell'osservatore. — L'insegnamento ginecologico ed ostetrico è affidato ai professori Schroeder e Gusserow. — Questi tiene lezione in un nuovo edifizio (Nuova Charité), annesso all'antica Charité, nei giorni di martedì, giovedì e sabato dalle 4 alle 5 pom.: la sua clinica è esclusivamente ostetrica e vi si annoverano annualmente circa 1000 parti. — Schroeder dirige due cliniche ginecologiche ed ostetriche, una sita in Dorotheenstrasse N. 5, ove imparte l'insegnamento clinico nei giorni di martedì, giovedì e sabato dalle 10 alle 11 ant., l'altra collocata nella vecchia Charité, ove le lezioni vengono date nei giorni di lunedì, mer-

coledì e venerdì parimenti dalle 10 alle 11 ant. — Ella vede quindi quanto sia largamente rappresentato l'insegnamento clinico: tra l'una e l'altra clinica non vi è che un quarto d'ora di cammino, per cui agevole riesce il passaggio dall'una all'altra. Nelle due cliniche di Schroeder i parti sono in numero di 600, ma la policlinica viene ad arricchire notevolmente il materiale operativo che altrimenti malgrado il numero dei parti sarebbe alquanto scarso. La policlinica è fatta dal 1.° assistente, e vengono redatte poi cartelle speciali — colla scorta delle quali il professore interroga gli studenti che assistettero a quel dato atto operativo. — Anche quivi la mortalità è circa del 3 $^0/_0$. — La sala delle lezioni è ornata dal busto di Martin e dai ritratti di Busch e di Siebold. — Questo nome mi rammenta un aneddoto della storia della profilassi puerperale ed un altro nome che non dovrebbe essere dimenticato da chi si occupa di questo argomento, il nome cioè di Semelweiss, che fu forse il primo a richiamare l'attenzione degli ostetrici sulle funeste conseguenze che si hanno dal trasporto di certe sostanze infeziose nelle puerpere sane. — Sostenne una lotta immane contro gli antiinfezionisti, che allora erano i più, e vuolsi che anche al letto di morte le sue convinzioni si manifestassero ancora una volta colle parole « *febris puerperalis in utero est* », lasciandole ai posteri quasi come legato. — Ed anche le lotte benefiche della scienza hanno le loro vittime, se è vero quanto sentii raccontare nel mio viaggio, che Michaelis, il celebre antecessore di Litzmann, mentre appunto ferveva la lotta, estremamente impressionato per la perdita di una figlia colpita da febbre puerperale ed esplorata appunto nel giorno stesso in cui egli aveva praticato un'autopsia, si togliesse miseramente la vita gettandosi sotto una locomotiva.

Nella clinica di Schroeder il materiale ginecologico abbonda; e durante la mia dimora in Berlino, ebbi la ventura, cortesemente invitato, di poter presenziare gli atti operativi numerosi ed importanti eseguiti ogni giorno dalle 7 alle 8 del mattino da questo valente operatore. — Schroeder ha 5 assistenti,

Schülein, Hofmeier, Möricke, Thiede, Ruge, quest'ultimo esclusivamente per la parte anatomo-patologica. — Quanto prima sarà costrutta per Schroeder una nuova clinica i cui tipi si trovano attualmente al Ministero per la dovuta approvazione. Essa sarà elevata in uno spazio compreso fra la Ziegelstrasse, ove trovasi la clinica di Langenbeck, al nord, e la Sprea al sud e limitato all' ovest dalla Artilleriestrasse ed all'est dal grande spazio verdeggiante ed alberato, che circonda il castello di Montbijou. — Essa sarà costituita da un corpo di fabbrica principale ove si porrà la clinica ginecologica, e, per la parte ostetrica, da tre padiglioni isolati — della capacità di 20 letti ciascuno. — Oltre alle cliniche di Schroeder e di Gusserow frequentai pure assiduamente quella privata di Martin figlio, in Elsasserstrasse N. 68 (dalla 1 alle 3 p.), e gli debbo i miei ringraziamenti e per la gentilezza con cui mi accolse e pel favore accordatomi di assistere agli atti operativi da lui compiuti e nella sua clinica e fuori di essa.

In questo mio viaggio mi occupai, come di dovere, di tutte le questioni che si agitano attualmente, vuoi nel campo ginecologico, vuoi nel campo ostetrico; ma se ad ogni clinica che visito ne traessi partito per enumerare i singoli pensamenti di ogni professore sopra questa o quella questione, difficilmente potrei evitare il rimprovero di aride e nojose ripetizioni. — Mi parve quindi più opportuno raggruppare le idee raccolte su questo o quell' argomento, quando più propizia mi si presentasse l' occasione. — Se sinora, per es., non ho mai fatto cenno di una delle questioni più dibattute nel campo della tocurgia demolitrice (Cefalotribo o Cranioclaste?), non è che su di essa non abbia punto richiamato la mia attenzione, ma perchè mi riservo di parlarne in modo sintetico, quando, dopo aver visitato anche le altre cliniche tedesche, che mi propongo di visitare, mi sarà possibile fare una specie di raffronto o quanto meno determinare quali idee sieno del dominio della intiera scuola e quali invece formino ancora oggetto di discrepanze e di screzî fra i cultori delle discipline ostetriche di qui. — Le prime due

lettere mi hanno offerto l'opportunità di discorrere sulle Maternità e sul loro ordinamento: dalla mia dimora in Berlino ho tratto invece occasione a parlare di argomenti ginecologici, a ciò invitato dai numerosi atti operativi, di cui fui spettatore. Fermarono specialmente la mia attenzione l'esportazione totale dell'utero canceroso, l'amputazione del collo uterino, l'ovariotomia; la prima per la sua attualità, le altre due per alcune modalità dell'atto operativo. — Un viaggio, anche rapido, è sempre utile dal punto di vista, che esso serve o poco o tanto ad ampliare l'orizzonte delle nostre idee, a fecondare alcuni concetti appena intraveduti, infine a chiarire alcune idee imperfettamente assimilate per la lettura di qualche Memoria, in cui talvolta la forma oscura la chiarezza del concetto. — *A tout seigneur tout honneur:* diamo quindi la precedenza al 1.° di questi argomenti, vale a dire, all'esportazione totale dell'utero canceroso. — Prima però m'incombe l'obbligo di accennare come sinora non abbia visto in altri luoghi una così rigorosa profilassi come da Schroeder, poichè quivi nella camera d'operazione un gigantesco *spray-producer* a vapore riempie addirittura la camera intiera di una densa nebbia. — Chirurghi a bronchi irritabili non ce ne vogliono più! Ma veniamo alla parte che più interessa. L'operazione di Freund che coi primi avventurati esiti aveva destato tanto legittima aspettazione pur troppo lasciò sinora una via disseminata di cadaveri, come lo dimostrano i casi letali pubblicati da Loebker, da Oelschläger, da Benno Credé, da Pernice, da Boekler, da Fritsch, da Löwenstein, venuti a mia conoscenza dopo la pubblicazione del mio articolo di rivista, e più ancora quelli non pubblicati, di alcuni dei quali ebbi contezza quasi in ogni clinica da me visitata. — A Berlino Martin operò sei volte e sei volte con esito letale, Schroeder otto volte e più fortunato ha il vanto di tre guarigioni. — Modificazioni al processo di Freund in meglio od in peggio sono state consigliate ed attuate a iosa, forse perchè Freund al congresso di Cassel rivolgeva la preghiera ai colleghi di operare secondo le sue norme e di astenersi dal portare poco

profonde innovazioni appunto onde averne una guida sicura per determinare la prognosi. Ma quanti possono sottrarsi alla soddisfazioncella della paternità di qualche piccola modificazione, oggidì in cui è inventore chi migliora qualche procedimento od anche peggiora qualche strumento! Nel caso che io vidi operare da Schroeder, venne praticata una incisione da 2 centim. al disopra dell'ombellico fino sul corpo del pube: la massa intestinale fuoruscita venne rovesciata in alto sulla regione epigastrica, ricoprendola con panno intriso in acqua fenicata tiepida. — Per spingere in alto l'utero si era rigonfiata in vagina una sfera di gomma, ma non parvemi che riuscisse a molto. — Due circostanze resero l'atto operativo più difficile, la profondità della pelvi e la retrazione senile della vagina, per cui doveva riuscire più laboriosa l'applicazione delle legature. — Schroeder fece legature perdute avendo cura specialmente di assicurarsi contro l'emorragia delle uterine, discostandosi quindi alquanto dal processo di Freund, il quale tirando in vagina i sei capi delle sue legature affronta endotelio contro endotelio, forse col vantaggio di un più rapido coalito. — Venne fatta una teletta scrupolosa del cavo peritoneale e delle singole anse mano mano che si riponevano: una di esse presentava una piccola scalfitura affatto superficiale, ma che nondimeno venne unita con un punto di seta sottilissima. — Anche la cucitura delle pareti addominali venne fatta con seta. — L'operazione durò circa due ore, l'operata moriva quattro ore dopo di shock. — In un lavoro letto in questi giorni Benno Credé di Dresda, descrive un nuovo procedimento, mediante il quale si propone di rendere la profondità della piccola pelvi libera allo sguardo mediante la parziale resezione della parete pelvica anteriore, di legare i vasi isolatamente e specialmente di evitare la legatura in massa della vôlta vaginale, di chiudere la vagina *invaginandola.* Tale proposta fu pure passata al crogiuolo della pratica, ma anch'essa fu coronata dalla morte. Il mio entusiasmo per questo atto operativo si è quindi di molto ma di molto raffreddato, ma non al punto da volerlo

proscrivere. — Quale trionfo per l'arte se anco in pochi casi si riescisse a troncare questa angosciosa infermità, contro cui invano lotta da secoli la tenace volontà dei cultori dell'arte umanitaria! — Quanto affaticarsi di uomini, di società, di accademie! Anche l'ultima sessione della società tedesca di chirurgia, tenutasi qui in Berlino, incaricò Langenbeck, Thiersch, Volkmnann e Lücke di studiare tutte le questioni che si riferiscono alla eziologia, alla struttura, al diagnostico, al trattamento dei tumori maligni. — Se ebbi campo di assistere soltanto ad una esportazione totale dell'utero canceroso, ho presenziato però una dozzina circa di amputazioni del collo, che vidi sempre praticare col taglio; e difficilmente mi saprei decidere a fare diversamente, tanto mi parve elegante, preciso, rapido ed anche sicuro tale processo, quando si abbia l'avvertenza di unire poi la mucosa del canale cervicale colla mucosa esterna, in modo da ristabilire, per così dire, un moncherino di collo. — Da Martin vidi operare qualche volta l'amputazione del collo con qualche modificazione per impedire la chiusura del canale cervicale, ma a chiarire completamente il concetto sarebbe indispensabile qualche schema esplicativo. — Dopo aver esportato produzioni senza dubbio cancerose del collo, Schroeder mi assicura che in alcuni casi non ebbe a constatare recidive anche dopo due anni. — L'amputazione parziale del collo oltrechè per produzioni eteroplastiche la vidi da Schroeder praticare anche in unione all'operazione di Emmet nei casi di lacerazione profonda del collo con ectropio del canal cervicale. — E quando si pensa alla facilità con cui a questa forma si accoppiano anche l'ipertrofia del collo e la metrite, si può essere facilmente dell'avviso in molti casi di accoppiare i due atti operativi, cioè l'amputazione parziale del collo con riunione della mucosa e l'avvivamento e la sutura della lacerazione, tanto più dopochè la vasta esperienza di Martin ha dimostrato il benefico influsso dell'amputazione parziale del collo sul decorso della metrite cronica. — L'atto operativo non presenta proprio difficoltà, e così lo vidi prati-

care da Schroeder. — La donna cloroformizzata, viene collocata sulla sedia ginecologica: uno speculum di Simon deprime la parete posteriore della vagina insinuandosi col suo becco sotto il labbro posteriore, ed un piccolo irrigatore terminato da una cannula sottile e ricurva getta continuamente un piccolo e costante filo d'acqua fenicata sul campo operativo, in modo da renderlo sempre libero allo sguardo dell'operatore: eravi una lacerazione a sinistra fino allo sfondato vaginale, ipertrofia del collo, ectropium del muso di tinca, mucosa alterata per condizioni meccaniche. — Cruentata la lacerazione, con una robusta pinza uncinata afferrato il labbro anteriore lo si stira alquanto in basso, recidendolo con un coltellino in modo da conservare due piccoli lembi di mucosa all'avanti ed all'indietro che si uniscono mediante filo di seta infilato su piccoli aghi comuni molto curvi e maneggiati da una tenaglietta (Nadelforceps): lo stesso si ripete pel labbro posteriore, e quindi si pratica la sutura della lacerazione cruentata. — Nel caso di carcinoma del collo si praticano due incisioni laterali e quindi si esportano le due labbra colle stesse norme. — Nelle numerose operazioni da me assistite non ho mai visto manifestarsi il temuto accidente dell'emorragia. — Non è a caso che io mi diffusi sull'ectropion del muso di tinca. — Invero è strano come anche nel campo scientifico per un lasso più o meno lungo di tempo alcune idee restano circoscritte in una data zona. Così fu dell'operazione di Emmet, quasi unicamente praticata in America ed in Germania. — In Italia almeno non mi consta che questa condizione speciale del collo, i disturbi che ne conseguono, ed il mezzo di ripararvi abbiano richiamato sufficientemente l'attenzione dei ginecologhi. — Eppure risalendo colla mia memoria all'epoca poco discosta, in cui ero assistente nel comparto ginecologico dell'Ospedale Maggiore, mi sovvengo di essermi trovato di fronte a simili casi, che allora non mi colpirono a sufficienza essendomi ancora ignoti i lavori di Roser, di Emmet, di Breisky, già pubblicati a quell'epoca, ed ai quali si aggiunsero dopo quelli di Bandl, di Rokitansky

junior, di Nieberding. L'argomento sarebbe tanto più importante, inquantochè per le osservazioni di Breisky, la mucosa del canal cervicale arrovesciata all'esterno per l'ectropium delle labbra del muso di tinca, per l'irritazione dovuta a momenti meccanici facili a comprendersi, offrirebbe talvolta un terreno favorevole allo sviluppo di produzioni eteroplastiche.

Nella clinica di Schroeder ho pure assistito ad una ovariotomia, interessante pel fatto che trattavasi di una cisti dermoide, che conteneva due ossa ed una treccia di capelli, e che per le ineguaglianze che offriva al riscontro, aveva dato in altri adito al sospetto trattarsi di gravidanza extrauterina. Qui pure come altrove solo il 1.° Assistente prende parte attiva e diretta all'atto operativo. Il peduncolo venne affondato.— L'esito fu felice. — Fu pure interessante un caso di ovariotomia operato da Martin e da me assistito nell'Ospedale di Moabit. — Si trattava di un tumore ovarico destro, probabilmente di natura maligna con adesioni pelviche. — Praticato il taglio verticale in corrispondenza della linea alba, dall'estremo inferiore di questo venne condotto un altro taglio orizzontale a destra di 5 centim. circa, onde avere affatto libero lo spazio in cui si doveva operare. — Vi erano numerose adesioni pelviche, alcune delle quali vennero sciolte colle dita, altre trattate con legature perdute di seta fenicata. — Siccome fuvvi emorragia, lieve, ma alquanto persistente dai punti corrispondenti alle adesioni staccate e specialmente dal fondo della pelvi, i punti sanguinanti vennero toccati con una spugna imbevuta di leggiera soluzione di percloruro di ferro, in quantità tale da colorire appena l'acqua, ed il peduncolo venne affondato assicurandolo con una legatura al punto più sanguinante onde ottenere una efficace emostasia per la compressione in tal modo esercitata. — A riunire la ferita trasversale vennero fatte tre serie di suture nodose, una per riunire il peritoneo trasversalmente, l'altra per far combaciare gli estremi del muscolo retto diviso, l'altro infine per la cute e cellulare. — Tale incisione trasversale che in alcuni casi può essere utile

per lo spazio che apre al libero sguardo dell'osservatore deve senza dubbio favorire le ernie addominali, come ebbi a convincermene nell'esame di una donna che frequentava l'ambulanza di Martin, e che era stata operata poco tempo prima di ovariotomia doppia per fibromi uterini, che si erano dipoi molto ridotti di volume. — A proposito di fibromi uterini, alcuni giorni sono nella clinica di Schroeder ne ho visto enucleare uno per le vie naturali, e ieri stesso in un vasto fibroma della parete posteriore che s'insinuava nello scavo, spingendo la porzione vaginale contro l'arco pelvico anteriore, ho visto praticare una incisione trasversale sulla volta vaginale posteriore ed applicar quindi un tampone di ovatta salicilicata collo scopo evidente di farsi strada mano mano, previe ottenute aderenze, fino a ridosso del tumore onde enucleârlo per quella via. — Sono dolente di trovarmi nella impossibilità di conoscerne il risultato perchè il tempo stringe e ho deciso per dimani la mia partenza. — Prima però di dipartirmi dalla clinica di Schroeder debbo ancora accennarle al processo da esso seguito nella escisione *totale* del collo, che in molti casi potrebbe sostituirsi all'operazione di Freund, ed in alcuni colle debite modificazioni, e facendo un passo più oltre, permettere anche, a mio avviso, l'esportazione totale dell'utero, con forse maggiori probabilità di esito favorevole. — Con un grande ago molto ricurvo, Schroeder trafigge ambo i parametrii, passando lateralmente alla porzione vaginale e un po' discosto dalla neoproduzione dalla vôlta anteriore alla vôlta posteriore da ambo i lati e quindi annodando gli estremi del filo. In tal modo si hanno due anse, le quali oltre a stringere i rami inferiori delle a. uterine, servono a stirare in basso comodamente ed efficacemente la vôlta e la porzione vaginale. Tirato l'utero, mediante le due anse anzidette e coll'aiuto di due pinze di Muzeux impiantate sul collo, fino all'ingresso vaginale, si stacca circolarmente tutta la porzione vaginale avendo l'avvertenza di praticare il taglio a $^1/_2$ od 1 centim. distante dalla neoproduzione. — Incisa in tal modo la spessa mucosa vagi-

nale, col dito e col manico dello scalpello si separa la cervice da' suoi attacchi, favoriti in ciò dalle trazioni che si esercitano sulla porzione vaginale. — Il distacco riesce talvolta eccezionalmente facile, e riesce agevole lo scioglierlo da' suoi legami colla vescica. — Il peritoneo dello spazio di Douglas vien leso facilmente, e se ciò avviene conviene praticare immediatamente un punto di sutura mediante seta o catgut. — Fatta libera in tal modo la cervice da' suoi attacchi, la si escide mediante un coltellino acuminato a doppio tagliente in corrispondenza ed anche al disopra dell'orificio interno. — L'emorragia in regola non è eccessiva e viene tosto frenata colla cucitura, la quale deve comprendere il lembo della vôlta vaginale anteriore, almeno in parte il moncone uterino, e quindi la vôlta posteriore, in modo da praticare una cucitura profonda, onde evitare raccolta di sangue tra la cucitura ed il moncone uterino. Tale cucitura richiede di solito una dozzina di punti. — Come Ella vede, tale processo si distingue essenzialmente dalla così detta escisione imbutiforme, poichè in quello si apre intenzionalmente la vôlta vaginale, liberando la cervice da ogni suo attacco.

I risultati ottenuti da Schroeder sono veramente brillanti. — Per quanto ne ritrassi da una lezione di Martin su questo argomento, la legatura preventiva, contro l'emorragia, dei parametrî si potrebbe forse omettere senza grave tema. — In tal modo, egregio Professore, ho esaurito l'esposizione di quanto ho raccolto d'interessante nel campo ginecologico durante la mia dimora in questa metropoli. — Se il diletto e gli svaghi che offre questa città al visitatore non sono molti, la messe scientifica vi è però abbondante. — Alternando lo studio colle allegre mattie, e le visite scientifiche colle escursioni dilettevoli, non ho mancato di tener nota anche di quanto d'interessante offre questa città al touriste, dalle tele di Kaulbach, alla Bibbia di Guttemberg, dai magnifici viali del Thiergarten alle steppe desolate di Tempelhof, dall'acquario al giardino zoologico, dai rami fuligginosi della Sprea e della Havel ai getti d'acqua della villa reale di Potsdam ed alle meraviglie del castello di Babelsberg,

Oggi sono stato al Kreusberg, piccola eminenza di 30 metri circa, su cui si erige una guglia in ferro fuso a ricordo delle vittorie della campagna del 1813-14 — *ricordanza ai morti* — *riconoscenza ai vivi* — *esempio a quelli che verranno*, come suona l'epigrafe. Dall'alto di questa piccola eminenza si domina tutta Berlino, ed è da essa, che riandando tutte le impressioni ricevute, e le gioconde e le tristi, ho dato il mio saluto d'addio a questa vasta metropoli. Voglia bene al

Suo devotiss.
DOTT. L. MANGIAGALLI.

Parrot. — Cura della sifilide ereditaria nei neonati. — Trad. dalla Gazette des hôpitaux (1879).

La storia delle indicazioni che deve seguire il medico per la cura della sifilide del neonato, in generale è singolarmente complicata; è necessario semplificare la terapia con tanta più cura, inquantochè si tratta di piccoli fanciulli, presso i quali l'igiene, aiutata da un piccolissimo numero di preparazioni farmaceutiche darà eccellenti risultati. Presentemente noi non ci occupiamo assolutamente che della cura del neonato e non dei suoi parenti sifilitici. Tale terapia comportando questioni d'alto interesse pratico noi stabiliremo divisioni ben recise.

I. È mestieri curare i bambini nati da parenti sifilitici anche quando questi bambini non portano alcuna traccia apparente di diatesi sifilitica? In una parola è necessario instituire una cura preventiva della sifilide in un neonato sospetto d'eredità?

Gli autori non sono d'accordo su questa grave questione. Gli uni senza esitare, raccomandano di curare il bambino per prevenire gli accidenti futuri. Essi fanno in questi casi le distinzioni che seguono:

1.° Se il padre solo è sifilitico è inutile curare il bambino; 2.° se la madre fu sifilitica, ma che siasi curata durante la gravidanza, è ancora inutile curare l'infante; 3.° quando padre e madre sono sifilitici ma questa non si è curata durante la gravidanza, è necessario prescivere la cura specifica al bambino.

Tutte queste distinzioni appartengono alla casistica medica, esse non riposano che su teorie d'altra parte contestabili. Così il bambino è ugualmente sifilitico quando il padre solo è affetto come quando la madre è sifilitica. Io stabilisco come regola formale: tutte le volte che mi trovo in presenza d'un bambino nato da genitori che sono sifilitici l'uno o l'altro, o tutti e due ad un tempo, quando non portano alcuna traccia apparente d'infezione sifilitica, io non li curo mai, qualunque sia l'infezione dei parenti, i loro fanciulli non sono necessariamente affetti da sifilide ereditaria. Io non credo che per curare un male ipotetico si abbia il diritto d'esporre il bambino agli accidenti d'una cura che non è inoffensiva, particolarmente per il neonato. In ogni caso, se questo bambino resta immune durante quindici giorni, od un mese, è una prova

ch'esso non è affetto, o se lo è, non lo è che in modo benigno e si avrà facilmente la ragione d'un virus che si manifesta così penosamente.

II. Si deve curare l'infante: 1.° quando esso avrà manifestazioni apparenti di sifilide sulla pelle, sulle mucose, nel tessuto osseo; 2.° in mancanza di questi apparenti segni periferici, quando presenterà turbe gastro-enteriche croniche e tenaci, che sono ribelli alle cure ordinarie; queste turbe infatti sono l'indizio di sifilide viscerale, ed è necessario pensare sempre a tale ipotesi quando accadrà di osservarlo. È questa una regola formale: ho veduto un bambino morto di tali accidenti senza che alcuno abbia pensato a curare la sifilide viscerale che non si manifestò all'esterno, e che fu trovata all'autopsia.

Allorchè il bambino porta traccie di apparente sifilide, è necessario distinguere due casi, a secondachè le manifestazioni sono precoci, comparendo al momento della nascita o pochissimo tempo dopo, oppure ch'esse sieno tardive, costituite per esempio da manifestazioni lenticolari od ossee.

È cosa essenziale di ben precisare l'opportunità terapeutica.

Nella prima categoria noi troviamo le più importanti e più numerose manifestazioni della sifilide: quelle precoci. Quasi sempre il bambino è giovanissimo perchè porta la sifilide nascendo. Allora la diatesi è attivissima, ardentissima, ed invaderà rapidamente i visceri se non è curata.

In tal caso non vi è che un solo medicamento efficace, il mercurio, non bisogna pensare ad altro. Studiamo il modo di amministrarlo e la sua posologia.

Si può amministrarlo sia all'interno, sia all'esterno.

La medicazione esterna è la più antica, primitivamente non si curava la sifilide che per mezzo di frizioni. Questo metodo è rimasto ancora il migliore, il più efficace ed il più pronto. Lo si impiegherà per il bambino, che vomita tutto ciò ch' egli prende per le vie stomacali, per quelli che hanno accidenti intestinali e la diarrea, che sono malaticci, ecc. Se si tenterà di amministrare il mercurio per le vie interne non si farà che aumentare gli accidenti e raddoppiare la loro atrepsia. In questa malattia la via esterna è la sola assolutamente ed unicamente indicata. Vi sono delle controindicazioni, nei casi in cui il bambino è coperto da una eruzione generalizzata, da placche salienti ed ulcerate, ecc.; ma questi casi sono tutt' affatto eccezionali. La sifilide ha i suoi posti prediletti e non va giammai ad invadere le ascelle e le parti

laterali del tronco, che sono precisamente le regioni su cui si fanno le frizioni mercuriali.

Il mercurio s'amministra per frizioni con pomata mercuriale durante il tempo da uno a cinque minuti, all'ascella e sulle regioni vicine. Anche tutto il corpo potrebbe assorbire il medicamento, vista la finezza della pelle dei piccoli bambini, ma non si fanno frizioni sulle estremità inferiori, agli inguini ed alle coscie, perchè queste parti sono costantemente imbrattate dalle orine e dalle materie fecali; le lavature toglierebbero la pomata e d'altra parte questi liquidi la renderebbero irritante.

Quanto alla dose del mercurio, non si impiega l'unguento mercuriale doppio che contiene come è noto parti uguali di mercurio e di grasso. Si diluisce il mercurio in una quantità maggiore di grasso e si prescrive una pomata così composta:

Unguento mercuriale doppio	1 gramma.
Grasso	2 »

Tre grammi di questa pomata rappresentano 50 centigrammi di mercurio per giorno, dose proporzionata al bambino neonato, fino all'età d'un mese.

Si prescrive una certa quantità di tale pomata con queste proporzioni e si fa pesare i 3 grammi da impiegarsi ciascun giorno. Una volta conosciuto il volume approssimativo di questi tre grammi, è inutile di pesarli tutti i giorni.

Quando il bambino ha sorpassato due mesi fino ai sei si impiega per giorno:

Unguento mercuriale doppio	1,50 grammi
Grasso	3 »

poi, da sei mesi ad uno o due anni.

Unguento mercuriale doppio	2 grammi
Grasso	4 »

Si vede che le dosi di mercurio non sono aumentate proporzionalmente all'età dei fanciulli, ed infatti più essi avanzano, più la diatesi sifilitica è diminuita o di già *consumata*.

Si fanno le frizioni una volta ogni 24 ore, non fa bisogno di ripeterle.

Questa medicazione è la più eroica, la più pronta, è quella che rende i più grandi servigi.

Vi è un altro modo d'amministrare il mercurio per le vie esterne; è il metodo balneare, che consiste nell'immergere tutti i giorni il bambino in un bagno contenente del sublimato.

Si aggiunge da uno a cinque grammi di deutocloruro di mercurio in un bagno ordinario di bambino. Io non ho molto usato questo metodo che considero come infedele, inesatto e pernicioso, poichè non è stato consigliato che nei casi d'ulcerazioni, erosioni della pelle, in cui le frizioni sono controindicate, ma queste piaghe possono assorbire maggiore o minore quantità di sublimato e non se ne conosce mai la dose precisa. Infine i quattro o cinque minuti durante i quali si può lasciare il piccolo bambino immerso in un bagno, non sono sufficienti per questo assorbimento; è mestieri adunque di rinunciare categoricamente a questo metodo. Io rinunciai ancora al metodo delle iniezioni ipodermiche di sublimato preconizzato in Italia. Esse soventi producono irritazioni della pelle e dei flemmoni.

La medicatura interna consiste nel far prendere il mercurio per la via stomacale; essa è qualche volta la sola che si possa impiegare. Il medicamento migliore è il liquore di Van Swieten, il cui uso è comodissimo, si sà ch'esso si compone di:

Dentocloruro di mercurio	1	gramma
Alcool	100	»
Acqua	900	»

Vale a dire ch'esso è titolato al millesimo.

La dose per un bambino meschino e malaticcio sofferente di disturbi intestinali, sarà di un mezzo cucchiaio da caffè, per un bambino robusto è di un cucchiaio ciò che forma una dose da due a cinque grammi di liquore del Van Swieten, rappresentante 2 a 5 milligrammi di sublimato.

Ma non bisogna amministrare questa dose in una sol volta; è necessario frazionare questa quantità di due a cinque miligrammi relativamente considerabilissima per un bambino, che qualche volta pesa solo tre o quattro libbre.

Si divide questa cucchiaiata da caffè mescolandola a un veicolo più abbondante, come sarebbe 25 grammi di sciroppo di zucchero, di gomma, o di capelvenere, ciò che darà un totale di 30 grammi di bibita da amministrare ogni giorno. La si amministra in sei volte, un cucchiaio da caffè (cinque grammi) ogni volta.

Se il bambino poppa, si dà un cucchiaino prima di ciascuna poppata, se è all'allattamento artificiale glielo si darà ugualmente prima della poppaiola. È necessario dare sempre questo medicamento prima del pasto, perchè esso sarà tanto più inoffensivo quanto più sarà mescolato ad una maggiore quantità di latte.

Per i bambini di sei mesi si dà un cucchiaio e mezzo da caffè; per quelli di tre anni due cucchiai. Sarebbe inutile e nocivo il dare delle dosi più forti. West in Inghilterra raccomanda molto la preparazione d'*idrargirium cum creta.* Per un bambino da un giorno a 6 settimane cinque centigrammi due volte per giorno di tale preparazione; otto centigrammi fino all'età di tre mesi, dieci fino a dieci mesi. Si aggiunga ancora della creta pura quando hanno diarrea.

La seconda categoria comprende le sifilidi tardive, le manifestazioni lenticolari, sopravvenienti all'età di sei mesi, un anno, due anni; queste sono le ultime apparizioni d'una diatesi già esaurita.

Il male in allora non è più pericoloso se non sopravvengono accidenti intestinali tenaci, si è quasi sicuri che la sifilide viscerale non esiste. La diatesi non ha potuto intaccare gli organi profondi, essa si estingue.

Allorquando si è di fronte ad un tale pericolo si potrebbe tralasciare qualunque cura; in questo ospedale noi abbiamo veduto guarigioni spontanee in bambini grossi e grassi. Non pertanto bisogna seguire come linea costante di condotta la regola di curare i bambini anche in questo periodo.

Ma allora non bisogna mai amministrar loro del mercurio. Ciò che è mestieri modificare in questi bambini, che sono guariti della sifilide, è la costituzione del loro organismo, nel quale persiste una tendenza a generare più tardi non più dei sifilitici, ma, a mio avviso, dei rachitici. Si somministrerà loro del ioduro di potassio e dell'iodo.

A quale dose?

L'ioduro di potassio può essere preferito: dai sei mesi fino ai diciotto, alla dose di 15 a 25 centigrammi; più tardi alla dose di un gramma. Si dividerà questa dose come si è fatto per il liquore di Van Swieten.

Io preferisco aggiungere a questa preparazione della tintura di iodio e prescrivo la mistura seguente:

Tintura di iodio	1 gramma
Sciroppo di genziana o di scorze d'arancio amaro	100 »

Tutti i giorni un cucchiaio da caffè. Si divide in tre o quattro dosi questa cucchiaiata, come si è detto precedentemente.

Cura locale. — Una medicatura locale non è inutile. La prima regola è una nettezza scrupolosa: tutti i giorni un bagno con crusca od amido, ecc. Si adoperano in seguito polveri assorbenti di amido e licopodio:

Amido	30	grammi
Ossido di zinco	10	»

Un eccellente mezzo consiste nel distendere sulle ulcerazioni del glicerato di zinco:

Glicerina neutra purissima . . .	30	grammi
Ossido di zinco	2	»

Se le alterazioni sono profonde ed hanno tendenza fagedenica si impolvereranno con iodoformio.

III. Come dev'essere alimentato il bambino sifilitico?

L'alimentazione, oltre alla cura farmaceutica, ha una parte capitale nella cura del bambino sifilitico. Io non voglio affrontare tutte le delicate questioni che solleva questo studio. Vi rinvio alle belle lezioni di M. Fournier (1877) su tale soggetto. Restiamo sul tema assolutamente clinico e pratico.

Il bambino malato di sifilide ereditaria dev'essere alimentato il più che sia possibile; il solo nutrimento che gli conviene e che gli è indispensabile è il latte e di quello della madre o di una nutrice mercenaria. Disgraziatamente a questa regola vi sono numerose eccezioni; è una indicazione capitale quella di fare sempre nutrire il bambino con latte preso purchè non si rischi di contaminare la nutrice. Allorquando vi fosse pericolo per la nutrice è necessario allontanare il bambino, se la madre è supposta esente da sifilide, anche che il bambino sia sifilitico bisogna farlo nutrire dalla madre (Colles e Fournier).

Infine se vi sono pericoli da incorrere è la madre avanti ogni altro che dovrà incorrerli. La morale, la filosofia medica, ci obbliga a forzare la madre a porgere il seno. Ma se questo non è possibile, bisognerà dare il bambino ad una nutrice.

Allorchè il bambino nasce non portando traccia alcuna di sifilide si può consegnarlo ad una nutrice mercenaria, soltanto che in tal caso bisognerà raccomandarle qualche precauzione: lavare la bocca del bambino con un pennello imbevuto d'acqua alcoolizzata prima di appre-

stargli il seno, poi lavare il seno con la stessa soluzione dopo la poppata; infine sorvegliare tutti i giorni con attenzione lo stato delle mucose e dell'ano.

Io credo che sia assolutamente necessario di dare al bambino una nutrice poichè se non ne ha, la sua vita è fortemente compromessa; ora noi non abbiamo il diritto di esporlo così ad una morte quasi certa, sotto il pretesto ch'egli potrà divenire sifilitico, imperocchè soventi volte questi fanciulli non lo sono.

Su tale punto io mi separo dall'opinione di molti maestri eminenti e competenti, alla testa dei quali io pongo M. Fournier. Ma mi sembra che per il bambino questa sia questione di vita o di morte. D'altra parte io sono d'accordo con tutti perchè alla prima traccia d'infezione, al comparire della più piccola macchia, della più insignificante papula si cessi immediatamente l'allattamento, anche quando non sembrasse minacciare d'infezione il seno della nutrice.

In tal caso è necessario prevenire la nutrice alla quale si consegna il bambino sifilitico?

È questa una questione di deontologia medica delicatissima; i tribunali hanno condannato medici per avere svelato il secreto medico, prevenendo la nutrice, come pure per avere esposto la nutrice ad essere contaminata non prevenendola. Fra queste due alternative quale condotta tenere?

È necessario prevenire i parenti del pericolo che corre la nutrice, della loro responsabilità, ed invitarli a rinviare immediatamente la nutrice sotto un pretesto qualunque, bisogna rinunciare a nutrire col seno il bambino nello stesso giorno. Se i parenti resistono, l' *ultima ratio* del medico è di ritirarsi definitivamente e di non più rivedere il bambino. Così egli avrà rispettato il secreto medico e tentato di mettere in salvo la nutrice, che d'altronde sospetterà qualche cattivo affare e sovente si ritirerà allorquando vedrà il medico abbandonare il bambino.

Questo precetto ci allontana dai tempi di Mauriceau, quando non si badava al timore di contaminare la balia. Ai nostri giorni la nutrice passa dinnanzi a tutto, la sua salute ci è più preziosa della vita stessa dell'infante. Noi non abbiamo più il diritto di dare scientemente la sifilide ad una nutrice, consegnandole un bambino sifilitico. Se si toglie la nutrice al bambino non si dovrà ugualmente togliergli il latte, ma si alleverà coll'allattamento artificiale, se non si trova nessun altro

mezzo. Alla fine del secolo passato l' ospizio Vaugirard diede premi considerevoli per assicurarsi ogni giorno nutrici sifilitiche. Soventi il latte di queste donne è ugualmente buono a quello d'una nutrice sana. È biasimevole che tale istituzione non esista più; recentemente in quest'ospizio noi abbiamo avuto due nutrici sifilitiche che ci hanno resa reali servigi. In fine, in mancanza di nutrici, si alleverà il bambino colla poppaiola, il latte di asina è quello che gli farà dimenticare più facilmente il seno materno, in seguito gli si darà del latte di vacca.

Da Mauriceau, Diday, Baudard (de Gannat), ecc., in qua, si è preconizzato l'uso della capra nutrice; M. Fournier ne è molto partitante. È un mezzo eccellente se si trova una buona installazione; ma questo mezzo, più teorico che pratico, non è sempre alla portata di tutti coloro che hanno bambini sifilitici, e quindi non potrà esser volgarizzato. Si potrà provare, allorchè sarà possibile, quando il bambino alla sua nascita sarà sufficientemente forte per abboccare il capezzolo della capra; se dopo un otto giorni circa di questo allattamento ci accorgeremo ch'esso è insufficiente, si riprenderà la poppaiola. Questo metodo impiegato qui più volte non è riuscito; con tutto ciò l' autorità di M. Fournier m'invita a raccomandarvelo.

IV. Un'ultima questione pratica sorse a proposito di questa alimentazione del neonato, è possibile, allorchè l'infante sifilitico è allattato per mezzo d'una nutrice o per mezzo d'una capra, di fare passare nel latte il medicamento antisifilitico, ciò che dispenserebbe dall' amministrarlo direttamente al bambino, dando il mercurio alla nutrice o alla capra?

Quantunque il fatto sia negato da chimici distinti, parrebbe ammesso assai generalmente che il mercurio passi nel latte; ma è questo un mezzo sicuramente incerto di curare il bambino, poichè non si conosce la dose ch'egli assorbe, come pure la dose che assorbe la nutrice.

Queste quantità infatti sono variabilissime e dipendono da una folla di condizioni differenti che agiscono sulla nutrizione.

Il miglior modo adunque è l' amministrazione diretta del mercurio all'infante, e si amministrerà prima del pasto e non mescolandolo col latte nella poppaiola per le ragioni che precedentemente abbiamo annunciato.

E. Bertocchi
Levatrice Maestra nell'Istituto Ostetrico di Milano.

RIVISTA

Rottura d'utero. — Il Centralblatt für Gynaekologie (27 settembre 1879) riporta dal St. Louis med. and. surg. Journal (giugno 1879) la seguente osservazione di Black, di rottura dell'utero, seguita dalla laparotomia e dalla cucitura della ferita uterina.

Mentre la testa, dopo la rottura delle membrane ed a dilatazione non ancora completa, già premeva durante una energica contrazione sul perineo e cominciava ad aprire l'ostio vulvare, la paziente emise subitaneamente un grido, il capo si ritrasse, le labbra divennero cerulee e la paziente si lagnò di violento dolore nell'addome: due ore più tardi il polso erasi fatto piccolo, frequente, non eravi straordinaria prostrazione, ma continuavano i dolori addominali. Piccole parti fetali si avvertivano immediatamente al disotto delle pareti addominali. Per la vagina la mano penetrava attraverso una grande lacerazione della parete anteriore vagino-cervicale, nel cavo addominale ed avvertiva il capo ed una mano del bambino e le intestina della madre. Cloroformizzata la donna, fu praticato nella guisa ordinaria il taglio mediano delle pareti addominali, e si estrassero il bambino e la placenta che pur trovavasi nel cavo addominale, dal quale vennero allontanati circa 500 grm. di sangue liquido e coagulato. La lacerazione, la quale dalla volta vaginale di destra si estendeva obliquamente in alto alla parte sinistra del collo, venne chiusa mediante 12 robuste legature di filo di seta, i cui capi vennero annodati in vagina. La ferita addominale venne riunita nel modo ordinario. La paziente morì di Shock 22 ore dopo l'operazione.

A questo proposito ecco quanto leggesi in una delle lettere-rendiconto per l'anno 1878, scritte al cav. Romolo Griffini, direttore amministrativo dell'ospizio, dal prof. Domenico Chiara.

« Colla gravità della prognosi delle rotture di utero, concorre a rat-
» tristarci la povertà, per non dire impotenza, de' mezzi che il pratico
» suole opporre al terribile accidente; era pertanto naturale che noi ci
» domandassimo, *come nel settembre dell'anno scorso*, e dopo i sempre più

» numerosi successi dell'amputazione cesarea dell'utero, ci domandammo
» se l' ostetricia non poteva proprio, nè sapeva trar qualche cosa di
» meglio, di chirurgicamente più efficace che l'accidiosa, inutile, mici-
» diale aspettazione; ci domandammo insomma se le, oramai innume-
» revoli prove di somma tolleranza date dal peritoneo nella ovariotomia,
» nella isterotomia comune, ed in quella cesarea, non autorizzerebbero
» l'ostetrico che si trova in presenza di una rottura di utero, a pene-
» trare arditamente nel cavo peritoneale, rimuovere accuratamente il
» sangue versato con una diligente politura peritoneale per suturare
» quindi la crepatura uterina, o amputare l' organo dopo estratto il
» feto, se questo vi si trovasse tuttora, fosse vivo, e si fosse giudicato
» impossibile o troppo pericoloso per lui estrarlo dalle vie genitali, e
» la sede della rottura lo permettesse. Alla domanda tenner dietro na-
» turalmente discussioni e considerazioni varie, ma fin dal giorno della
» ultima rottura uterina da noi osservata (7 settembre 1878) si accolse
» la conclusione che il tentativo doveva farsi, ed io prendo qui solenne
» impegno di farlo con la coscienza di non aggravare, nel caso con-
» creto lo stato della donna, nè fare ingiuria a' più rigorosi principî
» scientifico-clinici. Un dubbio però, debbo confessarlo, mi rimane tut-
» t'ora, ed è, se quando la rottura si constata dopo liberata la donna,
» oppure fu possibile fare l'estrazione del feto per le vie genitali, e
» la sede della rottura permette l'amputazione, convenga meglio fare
» questa, oppure tenendo in conto il fatto che molte donne colpite dal
» grave accidente sono ben conformate o lievemente ristrette, non con-
» venga meglio invece in questi casi tentare la conservazione dell'or-
» gano; ma questo dubbio non vulnera il principio che si debba ten-
» tare una cura chirurgica delle rotture puerperali dell'utero; i casi
» speciali risolveranno il dubbio meglio assai di quanto non sappian
» fare le discussioni aprioristiche ecc. ». L' insuccesso del chirurgo americano non è tale da modificare in alcun punto i suesposti principî.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO.

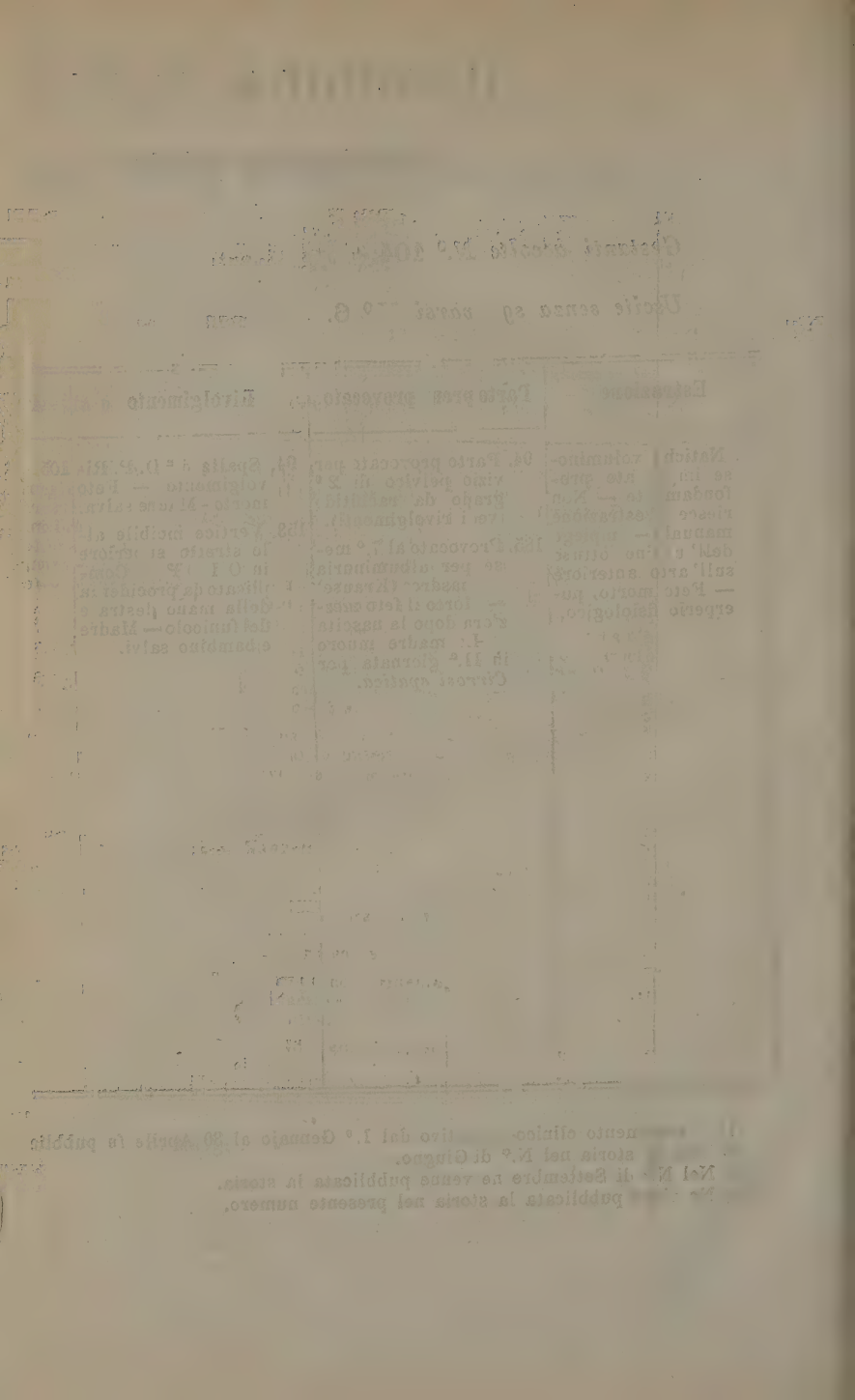
Movimento clinico-operativo dal 1.° Maggio a tutto Agosto 1879 (1).

Gestanti accolte N.° **104.** *Parti naturali N.°* **78.** *Parti artificiali N.°* **20.**

Uscite senza sgravarsi N.° **6.** *Decessi* **nessuno.** *Decessi N.°* **1.**

Estrazione	Parto prem. provocato	Rivolgimento	Placenta previa	Applicazione di Forcipe	Embriotomie	Taglio cesareo	Vagino-perineorafia
95. Natiche voluminose impegnate profondamente — Non riesce l'estrazione manuale — Impiego dell'uncino ottuso sull'arto anteriore — Feto morto, puerperio fisiologico.	94. Parto provocato per vizio pelvico di 2.° grado da rachitide (vedi rivolgimenti). 185. Provocato al 7.° mese per albuminuria ed anasarca (Krause) — Morto il feto mezz'ora dopo la nascita — La madre muore in 11.ª giornata per *Cirrosi epatica.*	94. Spalla d.ª D. P. Rivolgimento — Feto morto - Madre salva. 153. Vertice moibile allo stretto superiore in O I D P — Complicato da procidenza della mano destra e del funicolo — Madre e bambino salvi.	105. Placenta previa marginale — Rottura artificiale delle membrane — Parto abbandonato alla natura — Feto morto — Madre salva.	110. Simpson al piano perineale per inerzia. 131. Simpson al piano perineale per inerzia. 101. Id. al piano perineale per procidenza del funicolo — Madre e feto salvi. 88. Id. per lunghezza del periodo espulsivo — Feto asfittico non rianimato — Madre salva. 155. Id. per la durata del periodo espulsivo — Salvi madre e feto. 103. Id. per inerzia — Ambo le vite salve. 173. Naegele id. id. 174. Simpson nello scavo per procidenza del funicolo — Feto morto — Madre salva. 177. Id. al piano perineale per inerzia — Ambo le vite salve. 157. Id. Id. collo stesso esito.	124. (2) Isterostomatomia — Craniotomia, trapano Braun — Cefalotrissia Guyon e Lollini — Madre salva. 158. Complemento strumentale di evoluzione spontanea mediante l'uncino acuto (Sp. D. D. P.) — Madre salva.	143. (3) Taglio cesareo e complementare amputazione — Utero ovarica, per vizio pelvico di 3.° grado, rachitide serotina — Madre e feto salvi. 65. Id. Id per vizio pelvico di 3.° grado — Feto vivo — Madre guarita (4).	134. Lacerazione di 3.° grado — Chiusura completa della breccia esistente nel setto vaginorettale.

(1) Il movimento clinico-operativo dal 1.° Gennajo al 30 Aprile fu pubblicato nel N.° di Maggio.
(2) Vedi la storia nel N.° di Giugno.
(3) Nel N.° di Settembre ne venne pubblicata la storia.
(4) Ne viene pubblicata la storia nel presente numero.



Volume I. Novembre 1879.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

CONSIDERAZIONI CRITICHE

SULLE

INDICAZIONI DEL RIVOLGIMENTO

ricavate dai registri della Clinica Ostetrica di Torino

PEL

Dott. GIOVANNI INVERARDI

ASSISTENTE UNIVERSITARIO

Prima di entrare nella parte sostanziale dell'argomento che imprendo a trattare, credo cosa non inutile dire alcune parole di schiarimento intorno ai termini *versione* e *rivolgimento*, che non hanno ricevuto da tutti gli ostetrici italiani un uguale significato. Se io leggo ciò che intorno a questo argomento hanno scritto i trattatisti italiani, veggo come alcuni diano alla parola rivolgimento un significato diverso da quello attribuito alla parola versione, e come altri usino promiscuamente e l'uno termine e l'altro, dando evidentemente a queste due parole il valore di sinonimi. Tra i primi non trovo che il Morisani (1) ed il Balocchi (2), i quali chiamano colla parola *rivolgimento* l'operazione dapprima insegnata da Celso; mentre a tutti gli altri metodi di rivolgere il feto nella cavità uterina dànno il nome generico di *versione*.

(1) Morisani, Operazioni Ostetriche.
(2) Balocchi, Trattato d'Ostetricia.

Ma in Italia questa nomenclatura, a quanto mi consta, non è seguita da altri, poichè il prof. Tibone di Torino, ed il prof. Chiara di Milano, con tutti gli altri ostetrici d'Italia, dànno un identico significato alle parole *rivolgimento* e *versione*. Ed infatti ambidue hanno la loro etimologia nel verbo latino *vertere*, ed anch' io seguito la nomenclatura del mio maestro, che è quella adottata dalla maggior parte degli insegnanti italiani, intendendo parlare della operazione di Celso ogni qualvolta uso senz'altro le parole rivolgimento o versione. Quando poi volessi riferirmi ad altri metodi di rivolgere il feto aggiungerò alle stesse parole altri epiteti ed aggettivi, che possono servire a precisare il metodo operativo di cui intendo parlare.

Alcuni fatti che vennero a mia conoscenza, sia perchè personalmente assistiti, sia perchè ne sentii o ne lessi le relazioni, mi fecero venire nel pensiero che il rivolgimento fosse operazione troppo estesa nella pratica ostetrica, e che molte volte usato fuori di proposito, abbia dato dei risultati poco soddisfacenti o pel feto o per la madre o per amendue. Ad avvalorare questa idea, che era sorta nella mia mente, e che sarebbe maturata forse più tardi, vennero alcune parole, che il prof. Tibone, mio caro maestro, pronunziò in una di quelle lezioni, religiosamente ascoltate dai numerosi suoi discepoli, le quali parole suonarono censura per coloro che del rivolgimento fanno vero abuso, ed ogni fatto ostetrico non del tutto normale finiscono col rivolgimento, facendo così di un'operazione che è destinata a dare un buon risultato un vero campo di battaglia.

È succeduto a tutti coloro che con qualche frequenza si trovano di fronte a fatti ostetrici, vedere od udire che da alcuni qualunque anomalia di soprapparto viene risolta in pratica col rivolgimento, e non solo quando la presentazione è allo stretto superiore, ma perfino quando è già inoltrata nello scavo o è giunta allo stretto inferiore e che è vicinissima ai genitali esterni. Io so di pratici non destituiti di una certa perizia nelle cose mediche, che chiamati presso una donna con testa allo stretto inferiore, con 10 parti pregressi normali ed a termine,

la testa non progredendo, dopo aver fallito col forcipe, credettero unico partito conveniente terminare il parto col rivolgimento, che, come si prevede facilmente, ebbe per risultato due cadaveri.

Altri fatti consimili si potrebbero facilmente citare; ma di alcuni autentici, che ho raccolto in clinica, parlerò più tardi, cercando di dimostrare, quali sono i casi in cui debbasi ricorrere al rivolgimento, con una ragionevole speranza di fare una vera ostetricia conservatrice, e quali quelli in cui il rivolgimento è dannoso e da proscriversi assolutamente.

È saputo da tutti, che il tempo favorevole per praticare il rivolgimento non è molto lungo, e presto svaniscono le condizioni favorevoli, col concorso delle quali è solo lecito fare una prognosi felice pel feto e per la madre; e che quando questo momento e queste condizioni favorevoli al rivolgimento sono svaniti, altri atti e processi operativi vengono in scena, che richiedono strumenti di varia natura, una perizia non comune nell'usarli, ma che saranno pur sempre meno dannosi, almeno per la madre, di un rivolgimento praticato in cattive condizioni. Il medico condotto che trovasi isolato in mezzo alla campagna, possiede pochi istrumenti di chirurgia, e tanto meno d'ostetricia, molte volte nell'armamentario suo trovasi solo il forcipe. Quindi è naturale che il manuale operatorio ostetrico di costoro sia ridotto all'applicazione di forcipe ed al rivolgimento. Ora i casi di assoluta competenza del forcipe nelle campagne sono assai meno frequenti, ad esempio, delle presentazioni di spalla come dimostrano le statistiche. Da ciò deriva che il medico in campagna avrà già fatto qualche rivolgimento con esito anche buono, mentre gli sarà occorso rarissime volte di dover fare applicazioni di forcipe. È anche vero che per chi non è famigliare colle operazioni ostetriche è assai più faticosa un'applicazione di forcipe che un rivolgimento; inoltre mentre ad un rivolgimento è facile sia trascinato pei capelli, metti per presentazione di spalla, da un' applicazione di forcipe allo stretto superiore può invece rifuggire quando preferisca operare il ri-

volgimento a parte presentata elevata e facilmente rimovibile, oppure dando ampia parte all'aspettazione, vegga che le forze naturali, quantunque a stento, bastino a compiere il parto.

Aggiungi a queste considerazioni, che molte volte per la troppa fretta di operare si applica il forcipe, ad esempio, su testa che è mobile sullo stretto superiore, e sfugge alle reiterate applicazioni dello strumento, per cui allora si benedice il rivolgimento come sola àncora di salvezza, ed a questa il medico si appiglia, ritenendo quest'atto operativo più sicuro e meno dannoso del forcipe.

Da ciò viene la conseguenza che il medico delle campagne, ed anche qualche medico delle città, sia assai più addestrato al rivolgimento che non al forcipe, che tutte le volte che secondo lui sia libera la scelta tra queste due operazioni si appigli al primo, colla fiducia di chi sa essere in quello più esperto; ed a poco a poco viene trascinato ad abusare di questa sua perizia, ed a praticare il rivolgimento anche in casi in cui la vera scienza, sorretta da una onesta pratica, sconsiglierebbe quest'atto operativo.

È allora che l'esito infausto che da esso si ritrae, produce scoraggiamento nelle cose mediche, e che si accusa di imperfezione la scienza nostra, mentre essa trovasi nei suoi pratici, che fanno dell'arte il commodo loro.

Col ragionamento e più colla narrazione dei fatti osservati nella Clinica di Torino, spero in questo mio scritto, se l'amor proprio non mi fa velo, di dimostrare che non è senza pericolo il rivolgimento sia pel feto sia per la madre, e che troppo poco si è persuasi di questa verità, e per ciò si è condotti ad abusare di esso, e ad aggravare ancor di più la prognosi, che oltre ad essere sempre riservata per le due vite che sono alle cure nostre affidate diventa per tal modo del tutto infausta.

Ma prima di passare in esame queste storie cliniche vediamo di porre in sodo le vere *indicazioni* del rivolgimento e quali ne siano le *condizioni favorevoli.*

Anzi tutto dobbiamo fare un'osservazione, cioè distinguere

quei casi nei quali il rivolgimento è una necessità, da quelli in cui l'ostetrico ha facoltà di scegliere e preferire a suo talento la versione ad altri atti operativi, che riescano ugualmente nello scopo.

Tutti si accordano nel dire che il rivolgimento è operazione di *necessità :*

1.° Nelle presentazioni trasversali.

2.° Nelle presentazioni inclinate e complicate dell'estremità cefalica non corrette dalla natura o dall'arte.

3.° In tutti quegli accidenti, che minacciano gravemente la vita della madre e del feto, nei quali il pericolo vien tolto dalla pronta terminazione del parto.

4.° Nel bacino ovalare obliquo del Naegele quando il diametro occipito-frontale coincide coll'obliquo minore del bacino materno.

Ma tutte queste regole patiscono delle eccezioni, la conoscenza delle quali terrà lontano l'ostetrico dal praticare il rivolgimento, poichè invece di riuscire alla salvezza della madre e del feto, uccide questo per la stentata e prolungata estrazione del feto stesso, e determina nell'organismo di quella guasti tali che sono incompatibili colla vita, o mettono questa a tale repentaglio da doversi abbandonare tale atto operativo, e scegliere quegli altri, che secondo i casi saranno più adatti.

Ed invero se noi esaminiamo quelle quattro proposizioni suesposte, e che fanno del rivolgimento una necessità vediamo che in tutte troviamo delle eccezioni da farsi. Nelle presentazioni di spalla ad esempio, si deve per molti inevitabilmente ricorrere alla versione, anzi per costoro data una presentazione di spalla il loro pensiero corre subito al rivolgimento, che essi praticano in qualunque circostanza essi si trovino. Tutti gli ostetrici che hanno colle operazioni ostetriche qualche famigliarità e ne conoscono la portata sono d'accordo nell'ammettere che il rivolgimento è solo indicato, ed è lecito sperare buon esito per le due vite che sono in campo, quando si osservino determinate condizioni, cioè:

1.º Che il collo sia sufficientemente dilatato o dilatabile, da permettere non solo la facile introduzione della mano che opera, ma l'estrazione rapida del prodotto del concepimento. Giacchè se con questa operazione trasformiamo una presentazione trasversale in una di podice con evidente vantaggio per la madre, non altrettanto succede pel feto, che va soggetto a tutti i danni che sono inerenti al parto podalico, come dimostrai in altro mio scritto.

2.º Che le vie generative, specialmente per quanto si riguarda alle parti ossee non siano alterate al punto da produrre un arresto nel moto di progressione del feto, e specialmente del capo, prolungando di troppo il tempo dell'estrazione, coll'inevitabile pericolo di perdere asfittico il feto, e di produrre lesioni più o meno profonde nel corpo della madre e del feto minacciandone l'esistenza.

3.º Che il muscolo uterino presenti ancora quella intermittenza di pause e contrazioni, da permettere facile l'introduzione della mano dell'operatore, ed una facile ed innocua evoluzione del feto, le quali manualità vanno praticate nel momento di calma dell'utero.

4.º Che la parte del feto che si presenta, specialmente se questa è la testa, non sia di troppo impegnata e fissa da richiedere una forza grande per rimuoverla colla mano che penetra nell'utero, e più ancora che essa non sia arrivata nella parte più profonda dello scavo. E ciò è detto non solo per la spalla, essendo controindicato il rivolgimento quando questa è già innoltrata nello scavo, ed ha già compiuto il primo ed il secondo tempo dei moti meccanici del parto, che come legge generale regolano anche il parto per la spalla.

5.º Per ultimo che la donna da operarsi non sia in quello stato di prostrazione indotto dalle profuse emorragie e dai ripetuti tentativi di rivolgimento in utero retratto. Nel primo caso spesso succede che in seguito alla rapida evacuazione dell'utero si produce uno squilibrio nell'albero circolatorio tale che può produrre una sincope, quasi sempre mortale. Nel secondo

caso poi l'esaurimento nervoso per l'intensità del dolore prodotto dalla mano introdotta con forza nell'utero conduce a morte la donna o repentinamente o a tempo non lontano per *shok*.

Queste sono le principali condizioni che devono regolare ogni rivolgimento, per qualunque indicazione esso sia imposto, ed alle quali deve sempre sottoporsi l'ostetrico se dall'esperienza altrui vuol trarre profitto.

Ma vi sono casi in cui il pratico, senza incorrere in un errore nè di scienza nè di arte, può quando sia più avvezzo al rivolgimento che al forcipe o ad altri istrumenti appigliarsi al primo. Questi casi fanno della versione un' operazione di *elezione*, e sono:

1.° Le stenosi pelviche di primo grado, la C. V. non essendo inferiore di 80 mm.

2.° Le stenosi pelviche di secondo grado, quando fatta la craniotomia e la cefalotrissia, mancando di solidi mezzi di presa sul feto, o questi avendo fallito allo scopo, o preferendo per ragioni del tutto personali il rivolgimento come mezzo di estrazioni del feto la C. V. non sia minore di 60 mm.

Se non che anche quivi vi sono dei dubbi da sollevare. Come si vede io devo mettermi in una questione, a risolvere la quale si sono provati ostetrici di tutte le nazioni, di cognizioni pratiche e teoriche estesissime, e venendo a conclusioni assolutamente disparate. Voglio parlare della questione del forcipe e del rivolgimento nelle angustie pelviche. Non sarò lungo nè nuovo, svolgerò soltanto le idee della scuola a cui fui educato, e che sono anche le mie sopra una questione che è ancora *sub judice*, e che occuperà ancora di certo molto tempo i cultori dell'ostetricia.

Il trovare ostetrici di grido che si sono pronunziati per l'una o per l'altra delle due operazioni in discorso, potrebbe far credere che tanto l'una quanto l'altra abbiano il loro lato di buono e di cattivo, e che l'una e l'altra possano promiscuamente usarsi collo stesso risultato. Ed intanto nel campo della pratica non è così.

Se noi prendiamo in mano gli autori francesi, quasi tutti si pronunziano pel forcipe, eccettuati Lachapelle (1) ed alcuni altri, che fondandosi sopra una statistica poco esatta invero, si schierano fra i partigiani del rivolgimento. Mentre i tedeschi e gli inglesi, fondandosi pure sopra un numero non minore di fatti, si dichiarano fautori del rivolgimento, come quello che dà i migliori risultati pel feto e per la madre.

Vediamo pertanto quali sono le ragioni che adducono i varî autori a sostegno delle loro vedute in tale questione. I sostenitori del rivolgimento, a capo dei quali stanno il Barnes (2) ed il Simpson (3) asseriscono che il capo si impegna assai più facilmente nello stretto superiore e lo supera angustiato quando esso lo affronta per la base, che non quando vi si impegna per la vôlta, alla guisa stessa che più facilmente l'A si impegna per l'O se vi viene introdotto per l'apice che non per la base. La parte più stretta dell'A sarebbe successivamente rappresentata dal diametro bimastoideo (78^{mm}) e dal bitemporale (76 a 80^{mm}), e la parte più ampia dal biparietale anatomico (92^{mm}) o quando si voglia parlare più propriamente dal biparietale ostetrico (89^{mm}), essendo questo il diametro che nei bacini angustiati si confronta colla coniugata vera. Perciò una sezione verticale del capo fetale e passante per gli estremi del diametro biparietale e bimastoideo, rappresenterebbe la sezione di un tronco di cono colla parte più ristretta al diametro bimastoideo e la parte più ampia al biparietale ostetrico od anatomico che si voglia considerare.

Inoltre allorquando il diametro retto superiore interno è angustiato al grado da presentare un' estensione minore di qualche millimetro ed anche di 1 centimetro di quella del biparietale, il capo impegnandosi per la base, e schiacciandosi nel senso di quest'ultimo diametro, ha tutto l'agio e lo spazio conveniente per dilatarsi proporzionalmente sia nel senso trasversale del

(1) Lachapelle (Madame). Pratique des accouchements.
(2) Barnes R. Leçons sur les operations obstetricales.
(3) Simpson. Obstetr. Works.

bacino (antero-posteriore del capo) sia nel senso verticale, poichè nessun impedimento risiede nè agli estremi del diametro occipito-frontale nè alla parte culminante del capo.

Quando invece si opera col forcipe, essi dicono che viene compresso il diametro del capo fetale che è parallelo al trasverso pelvico materno, e si allunga proporzionatamente quello che lo incrocia ad angolo retto cioè il biparietale, aumentando così la sproporzione che esiste tra il capo fetale ed il bacino materno. Aggiungono ancora che la testa afferrata dal forcipe non può che assai limitatamente allungarsi nel senso verticale, cioè nel senso della vôlta, facendovi ostacolo le branche incrociantisi dell'istrumento. Da ciò ne deducono che la riduzione del capo fetale viene operata in grado maggiore ed in un senso più favorevole dal rivolgimento che non dal forcipe, e che questa riduzione si fa più facilmente col rivolgimento per quei diametri che si confrontano coll'angustiato pelvico.

Ma non si limitano a queste sole le ragioni che i partigiani del rivolgimento oppongono ai sostenitori del forcipe. Aggiungono ancora che per mezzo del rivolgimento le trazioni cadono maggiormente in una direzione che si avvicina a quella dell'asse dello stretto superiore e quindi con maggiore effetto utile; ed inoltre che l'ostetrico può colla versione governare l'estrazione in modo da condurre la grossa estremità del capo, che corrisponde all'occipite, laddove nel bacino materno trovasi maggior spazio da utilizzarsi pel parto.

I fautori dell'operazione istrumentale si basano sopra un altro ordine di idee assai più pratico, e per ciò, secondo me, assai più accettabile.

Non si può però menar per buona, appunto perchè non sorretta dalla pratica la ragione del Joulin (1) che cioè se da una parte il capo impegnato per la base può paragonarsi ad un cono che si impegna in un circolo, o meglio in un elisse pel suo apice, dall'altro il capo venendo previo si trova nelle

(1) Joulin. Traité complet d'accouchements.

angustie pelviche *sempre forzatamente flesso*, per modo da impegnare dapprima l'occipite poi il diametro biparietale, raffigurando così il capo un cono assai più lungo e perciò assai più favorevole al suo impegno e al suo passaggio. Il Litzmann pel primo, e molti altri dopo di lui, e l'osservazione giornaliera hanno dimostrate che il capo *si flette maggiormente* allo stretto superiore quando trattasi di bacini uniformemente e generalmente ristretti, mentre nei bacini semplicemente piatti, il capo anzichè flettersi forzatamente, sta sullo stretto superiore in una posizione intermedia tra la flessione e l'estensione, presentando cioè la fontanella posteriore ed anteriore allo stesso livello o pressochè.

Ora questi ultimi bacini formano una classe di viziature pelviche assai più frequente che non i primi. Per ciò dovrassi il fatto della mancata flessione osservare assai più frequentemente che non la flessione esagerata. Per ciò anche quando la ragione addotta dal Joulin fosse vera, non si presenterebbe alla pratica osservazione che assai raramente. — Oltre a ciò sta il fatto che il capo supera assai più facilmente un ostacolo non troppo grande, se esso viene condotto attraverso a questo a tronco previo che non a tronco posteriore.

Ma altre considerazioni di maggior rilievo possono essere portate in favore del forcipe, al quale allo stato presente delle cose faccio completa adesione.

Dapprima noi non abbiamo mezzo alcuno certo per poter giustamente e materialmente giudicare del volume e della resistenza del capo fetale, che deve misurarsi con una data stenosi pelvica. È un fatto che si può con sufficiente frequenza osservare, che mentre un parto si è dovuto artificialmente finire per sproporzione tra capo e bacino il parto successivo decorre nella stessa donna normalmente e si compie spontaneamente, appunto quando si temeva un nuovo intervento, e ciò o per un minore sviluppo del capo fetale, o per maggiore sua riducibilità, o per contrazioni uterine più energiche, insomma per un concorso più favorevole di tutti gli elementi che compongono il problema del parto.

Noi non abbiamo nessun dato certo per valutare l'intensità delle contrazioni uterine, essendo dati infidi la stessa intensità dei dolori, la durata delle contrazioni stesse e il loro rapido succedersi.

Segni certi e matematici, almeno per ora, non si danno per valutare e giudicare del grado e della forma della viziatura pelvica. Ognuno sa di quanta difficoltà è circondato l'esame del bacino ed in modo particolare dello scavo, per cui non è raro di osservare un parto decorrere abbastanza normale e terminare colle sole forze della natura, quando non solo il forcipe, ma gli stessi atti cruenti sul feto stavano apparecchiandosi.

Un fatto che cadde sotto la mia osservazione nella Clinica a cui sono addetto, e che faccio quivi di pubblica ragione, varrà a dimostrare queste idee più che le mie parole.

Sezione Studenti. — Anno 1878-79. — N. annuale 126. — Falerno Agnese, serva, statura 137 cm. Peso 43 chg. Due gravidanze pregresse terminate l'una a 5 mesi con aborto e l'altra a termine con feto in presentazione di faccia ed un soprapparto di 24 ore, secondo le parole della donna. All'esame diretto si trova: Circonferenza addominale a livello del bellico, donna supina: 95 cm., forma dell'utero sferoidale. Dal pube al bellico 18 cm., dal pube alla punta dello sterno 38 cm. Misura fetale dellAhlfeld 20 cm. Diam. Cr. Il. 270 mm. Diam. Sp. Il. 240 mm. Diam. bitrocanterico 307 mm. Coniugata esterna. 156 mm. Diam. Ob. Sin. 165 mm. Obliq. Des. 158 mm. C. D. 92 mm. Altezza della sinfisi pubica 42 mm. C. V. valutata in 75 mm. Si fa diagnosi di bacino generalmente ristretto e piatto.

Gravidanza sul principio del 7.° mese. Vista la terminazione felice della gravidanza precedente e la piccolezza del feto si lascia andare la gravidanza a termine. Un mese dopo la donna si mette in soprapparto. Feto in pres. V. pos, O. I. S. A. Per la rigidità del collo si pone un sacchetto di Barnes di media grandezza. 24 ore dopo si rompono le membrane spontaneamente, e 30 ore dopo con un periodo espulsivo di 2 ore, la donna si sgrava spontaneamente di un feto maschio del peso

di 2600 grammi, della lunghezza di 47 cm. Diam. Bp. An. 90 mm. Bp. Ost. 86 mm. Appena espulso, il feto presentava accavallamento notevole del parietale sinistro sul destro e questi sull'occipite e sul frontale. Appena alla luce esso vagì e non diè segno alcuno di sofferenza per la notevole riduzione sofferta dal capo.

Quando le membrane si ruppero si erano apparecchiati gli istrumenti per praticare le operazioni cruente sul feto dalla craniotomia alla cefalotrissia, appena la testa fosse stata fissa sullo stretto superiore. Esse furono abbandonate, quando si vide che la testa si riduceva di molto, ed il battito continuava ad essere normale.

Queste considerazioni e questi fatti clinici, che potrei facilmente moltiplicare, quando invece di limitarmi alla mia esperienza, volessi compulsare i registri della clinica, danno ragione all'ostetrico prudente di *aspettare* quel tempo necessario per potersi persuadere che il parto non può compiersi colle sole forze della natura e riservarsi ad agire alloraquando nella lotta che l'utero impegna contro l'ostacolo, quello si dimostri insufficiente ed impotente a superare l'ostacolo stesso. Ed a poco a poco l'ostetrico trovasi lontano dal rivolgimento, e si sono prodotte le condizioni più favorevoli pel forcipe.

Infatti giunto il collo a completa dilatazione le membrane o sono rotte, o se integre sono a bella posta rotte dall'ostetrico, perchè la testa misurandosi direttamente coll'ostacolo, su questo si foggi, e si modifichi favorevolmente nella forma. Le vôlte parietali allora diminuiscono alquanto le loro curve, si accavallano l'una sull'altra il diam. biparietale diminuisce, la vôlta craniana aumenta, ed il capo è completamente fisso sullo stretto superiore, in quell'atteggiamento che i nostri vecchi chiamavano incuneamento.

In questo stato di cose se la donna non è sofferente, se la temperatura ed il polso non danno indizî di febbre, se il battito non dinota sofferenze da parte del feto, io non sarei alieno dall'aspettare fino a che o la donna impaziente ed inquieta del

proprio stato invocasse l'intervento, o che la sua temperatura segnasse febbre o che il battito cardiaco del feto indicasse sofferenze da parte di questo.

A questo punto giunte le cose, chi è che prudentemente e razionalmente praticherebbe la versione? Le acque amniotiche, come avviene nelle viziature pelviche sono del tutto scolate, l'utero addossato, mi si permetta l'espressione, plasmato sul corpo del feto, il capo fisso sullo stretto superiore. Condizioni tutte che circondano il rivolgimento di difficoltà grandissime per l'ostetrico e di pericoli immani per la madre e pel figlio. Noi non dividiamo l'opinione di Schroeder, il quale dice che in questo caso « il mezzo sovrano che bisogna sempre impiegare è il cloroformio ». L'anestesia profonda spinta come si deve in questi casi al grado chirurgico è circondata essa stessa di pericoli, che uniti ai danni che necessariamente si devono produrre sugli organi femminei, servono, secondo noi, ad aggravare lo stato delle cose. Noi non esitiamo in questi casi a fare un'applicazione di forcipe che in queste circostanze non è nè troppo difficile nè troppo pericolosa. D'altra parte nelle cose mediche molte volte siamo costretti a scegliere fra i due mali il minore, ma liberarci da ogni difficoltà e pericolo è spesso impossibile.

Mi si dirà che do troppo ampia parte all'*aspettazione*, che aspetto cioè ad operare quando le opportunità del rivolgimento sono svanite, ed unica áncora essere il forcipe; mentre se avessi deciso di intervenire allorquando il collo era sufficientemente dilatato, le acque da poco scolate, e la presentazione non di troppo fissa ed impegnata minori sarebbero state le difficoltà pel rivolgimento, abbreviando di qualche ora il soprapparto, specialmente nel periodo espulsivo, che è il più doloroso ed il più grave per la donna. Ricordiamoci del detto del professore Giordano, che « nessuna parte dell'esercizio medico racchiude come l'ostetricia gli estremi della prontezza e della longanimità ». Informandoci a questa sentenza del tutto pratica, possiamo trovarne l'applicazione anche in questa quistione. Infatti io non voglio essere così assolutista da voler sempre posporre

l'operazione manuale all'istrumentale, solo intendo di dire che a seconda dell'opportunità verranno preferiti o l'uno o l'altro di tali atti operativi. E ciò perchè se in ogni caso bene si ponderano le circostanze del fatto si troverà sempre che vi esistono tali concomitanze che faranno pendere la bilancia o per l'uno o per l'altro dei mezzi suindicati.

Egli è naturale che se con testa mobile ed elevata, con viziatura di poco inferiore agli 80 mm., con utero svuotato dello schermo naturale sia pel feto che per l'utero, formato dal liquido amniotico, se un incidente qualunque insorgesse che minacciasse i giorni della madre e del feto, in tali condizioni io non esiterei a dare la prevalenza alla versione. Che se al contrario questo accidente minacciante non insorgesse, allora lascerei per un certo tempo il parto in balìa della natura che potrebbe bastare a sè stessa concedendo anche larga parte all'aspettazione. Finchè vedendo che la testa ridotta di volume, modificata nella forma, anche con contrazioni regolari e vigorose, non supera pur tuttavia l'ostacolo, allora agirei e mi deciderei per l'istrumento di Chamberlen.

È adunque in ciò questione di *opportunità*, confessando che col nostro *modus agendi* siamo indotti a fare un numero assai maggiore di applicazioni della tanaglia ostetrica, che di rivolgimenti; ma al certo un numero minore di operazioni. E di ciò non ci rincresce avuto riguardo anche ad un'ultima considerazione, non senza importanza affatto, ed è che nel caso di arresto del capo sullo stretto superiore a rivolgimento intrapreso, tanto l'applicazione del forcipe, che la craniotomia e la cefalotrissia a capo posteriore hanno difficoltà e pericoli assai maggiori che a capo previo.

In questa rapida escursione più che discussione della questione vitale ed importantissima del rivolgimento e del forcipe nelle pelviche ristrettezze io mi sono tenuto esclusivamente alle presentazioni di vertice poichè nella presentazione di faccia, quando il parto non si termina dalla natura, ed è ciò che succede sufficientemente di frequente (metti per rotazion po-e

steriore del mento) l'operazione più razionale e meno dannosa per le due vite che sono in giuoco ritengo essere nello stato attuale della scienza e dell'arte l'operazione istrumentale.

Quanto all'ultima indicazione di *elezione* della versione come mezzo per estrarre un feto operato di craniotomia e cefalotrissia, diventa molte volte questione di necessità. Ed infatti il medico delle campagne, privo soventi di cranioclaste e di uncini acuti, fatta la cefalotrissia, se il cefalotribo gli lascia la presa, non ha altra via per uscirne che praticare il rivolgimento, qualunque sia per essere l'esito di questo. Ritornerò più tardi sull'argomento.

Ed ora che ho brevemente toccata la parte teorica, cercherò di avvalorare queste vedute teoriche con fatti pratici, dei quali tesserò succintamente la storia. E comincerò dai rivolgimenti praticati per presentazione di uno dei piani laterali del feto.

Il momento più opportuno per intervenire coll'operazione manuale si è quando spinta la dilatazione al massimo o pressochè, le membrane si rompono spontaneamente o dall'arte. Si sa che appena rotte le membrane, in una presentazione di spalla, le acque scolano abbondanti e l'utero viene sorpreso da quello stato quasi di stupore, pel quale si vede ristare qualche minuto da ogni lavoro muscolare, finchè diminuito il suo volume, con lena assai maggiore ripiglia il lavoro. Se si è fortunati al punto da giungere in questo momento, con facilità si penetra nell'utero e si fa eseguire al feto l'evoluzione; ciò che costituisce i due primi tempi dell'operazione e che devono essere eseguiti durante lo stato di riposo dell'utero per ragioni ovvie e che non è il caso di dire neppure. Ma non si è sempre fortunati al punto da giungere in un momento così favorevole tanto per l'operanda che per l'operatore, ed allora non è ancora assolutamente contro indicato il rivolgimento. Purchè l' utero abbia ancora conservato la sua periodicità ed intermittenza nelle contrazioni, e che queste siano divise da uno stato di rilassamento completo delle fibre uterine, il rivolgimento è ancora in-

dicato, ma allora fa d'uopo, e questa è condizione indispensabile, che il corpo del feto, ed in particolar modo la parte che costituisce la presentazione non abbia grandemente sentito l'influenza delle contrazioni uterine, che cioè non sia molto impegnata nello scavo. Date queste condizioni, il rivolgimento diventa un'operazione facile e la prognosi è delle più soddisfacenti.

Riporto assai succintamente la narrazione delle storie cliniche di rivolgimenti praticati per presentazione di spalla nella Clinica Ostetrica di Torino dal novembre 1858 al luglio 1879, cioè per un periodo di 20 anni e sopra un totale di 6140 parti.

Lascio di trattare più tardi quei pochi rivolgimenti fatti pure in presentazione di spalla, ma nei quali l'indicazione più urgente al rivolgimento non fu questa. Come pure scelgo fra quelli i rivolgimenti che furono fatti nelle condizioni migliori per le due creature, condizioni di cui ho già parlato più sopra. Ed il lettore vedrà dalla semplice lettura delle storie come, quantunque le donne siano state operate in una Maternità ove di tempo in tempo si manifesta l'infezione puerperale, tuttavia l'esito a cui andarono soggette sia assolutamente soddisfacente. Ciò che induce a credere che infinitesimamente piccola sia la quota della mortalità nella clinica privata in cui i processi di auto-ed etero-infezione sono rarissimi.

1. — Anno 1858-59. Contadina d'anni 33. Durata del travaglio 4 ore, pelvi normale, pres. Sp. S. — C. I. S. procidenza del cordone, rivolgimento appena rotto il sacco amniotico, feto a termine, asfittico non riavutosi, peso 2250, evoluzione facile, puerperio felicissimo.

2. — Anno 1858-59. Operaia d'anni 24. Pluripara, pelvi normale Sp. D. — C. I. D., durata del travaglio 4 ore, procidenza del cordone, rivolgimento appena rotto il sacco amniotico, feto a termine, asfittico non riavutosi, peso 4050, Leggiera endometrite, guarigione.

3. — Anno 1858-59. Orlatrice d'anni 30. Pluripara, bacino normale, Sp. D. — C. I. D., gravidanza a termine, rivolgimento appena rotto il sacco amniotico, feto morto asfittico per precoce distacco della placenta, peso 2500, puerperio normale.

4. — Anno 1860-61. Contadina d'anni 32. Pluripara, bacino normale, Sp. S. — C. I. D., *idramnios*, nessun ostacolo complicò l'atto operativo che si compiè in eccellenti condizioni; cioè ad orifizio completamente dilatato e appena scolate le acque, feto morto asfittico, peso 3000 gr., febbre puerperale, morte in 8.ª giornata (epidemia).

5. — Anno 1861-62. Contadina d'anni 36 pluripara, bacino normale, Sp. S. — C. I. S. Durata del travaglio 20 ore, gravidanza a termine, rivolgimento in eccellenti condizioni, feto vivo. Peso 3200, puerperio normale.

6. — Anno 1862-63. Contadina d'anni 17. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. S. Durata del travaglio 14 ore, procidenza del cordone ridottasi spontaneamente in parte. Rivolgimento appena scolate le acque, feto morto in travaglio, peso 3150, puerperio normale.

7. — Anno 1862-63. Tabaccaia d'anni 35. Pluripara, pelvi normale, Sp. D. — C. I. S., Durata del travaglio 30 ore, gravidanza a termine. Fu tentato il rivolgimento fuori della clinica da una levatrice, ma infruttuosamente. Mandata in clinica, le condizioni essendo buone, il collo completamente dilatato, si pratica subito il rivolgimento, che fu compiuto senza difficoltà. Feto morto in travaglio, peso 2400, puerperio normale.

8. — Anno 1863-64. Sarta d'anni 39. — Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 17 ore. Rivolgimento appena rotto il sacco, feto robusto e sano, peso 3300, Leggera febbre puerperale, guarigione.

9. — Anno 1863-64. Tabaccaia d'anni 35. Pluripara, pelvi normale, sp. S. — C. I. S., durata del travaglio 8 ore, procidenza del funicolo, gravidanza a termine, rivolgimento in buone condizioni, feto morto asfittico. Peso: 3000, puerperio normale.

10. — Anno 1864-65. Contadina d'anni 25. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. D., gravidanza a termine, rivolgimento appena rotto il sacco, feto asfittico riavutosi, Peso 3900, puerperio normale.

11. — Anno 1865-66. Cucitrice d'anni 40. Pluripara, pelvi

normale, Sp. D. — C. I. D., durata del travaglio 15 ore, rivolgimento, feto morto asfittico, subito dopo l'operazione, peso 3100, puerperio normale.

12. — Anno 1865-66. Donna di casa d'anni 34. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. D., procidenza del funicolo, gravidanza a termine, rivolgimento in buone condizioni, feto morto asfittico. Peso 3200, leggiera metro-peritonite, guarigione.

13. — Anno 1866-67. Bordatrice d'anni 30. Pluripara, pelvi normale, sp. D. C. I D., durata del travaglio 9 ore, la donna fu recata in clinica in soprapparto da 8 ore, con leggiero ma continuo scolo di sangue dai genitali. Si rompono le membrane per far cessare lo scolo ed esce un braccio dal collo completamente dilatato; rivolgimento facile, leggiera metrite, guarigione, feto asfittico riavutosi, peso 3000.

14. — Anno 1866-67. Serva d'anni 24. Pluripara, pelvi normale, sp. S. — C. I. S., durata del travaglio 25 ore, rivolgimento in buone condizioni, feto morto asfittico, peso 2900, leggiera metrite, guarigione.

15. — Anno 1866-67. Fruttivendola d'anni 26. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. D. Durata del travaglio 14 ore. Rottura precoce delle membrane, rivolgimento a collo sufficientemente dilatato, l'utero conserva ancora il ritmo delle contrazioni, feto premorto, peso 3074, puerperio normale.

16. — Anno 1866-67. Sarta d'anni 27. Pluripara, pelvi normale, sp. S. — C. I. D., parto gemellare, il primo feto gracile, peso 1550, in pres. V., il secondo feto morto per distacco della placenta, peso 2490, rivolgimento facile, puerperio normale.

17. — Anno 1866-67. Contadina d'anni 36, pluripara, pelvi normale, Sp. D. — C. I. D., durata del travaglio 12 ore, procidenza del cordone, membrane rotte prematuramente, rivolgimento appena la dilatazione fu sufficiente, feto morto asfittico, peso 3627, puerperio normale.

18. — Anno 1868-69. Contadina d'anni 28. Pluripara, pelvi normale, Sp. D. — C. I. S., durata del soprapparto 24 ore, rivolgimento in buone condizioni, feto asfittico riavutosi, peso 2060, puerperio normale.

19. — Anno 1868-69. Tabaccaia d'anni 30. Pluripara, pelvi normale, sp. D. — C. I. S., durata del travaglio 10 ore, rivolgimento facile, feto sano, peso 2800, puerperio normale.

20. — Anno 1868-69. Contadina d'anni 37. C. D. 82 mm. Sp. S., durata del travaglio 36 ore, rachitica in corso di osteomalacia, deformato l'arco pelvico anteriore, parto prematuro provocato col metodo Tarnier, rivolgimento facile, feto morto, peso 1500, puerperio normale.

21. — Anno 1869-70. Sarta d'anni 37, pelvi normale, pluripara, Sp. S. — C. I. D., rivolgimento in buone condizioni, feto morto, peso 3000, peritonite con flegmasia alba dolens, guarigione.

22. — Anno 1869-70. Sarta d'anni 34. Pluripara, pelvi normale, Sp. D. — C. I. D. Durata del travaglio 10 ore. Gravidanza a termine, rivolgimento in buone condizioni, feto sano, peso 3280, puerperio normale.

23. — Anno 1869-70. Sarta d'anni 35. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. S., rivolgimento facile, feto morto asfittico, peso 2510, puerperio normale.

24. — Anno 1870-71. Sarta d'anni 18 — primipara, pelvi normale, Sp. D. — C. I. S., rivolgimento facile, feto morto asfittico, peso 2000, puerperio normale.

25. — Anno 1871-72. Nastraia d'anni 22. Primipara, C. V. 72 mm. Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 42 ore, rachitica, parto prematuro provocato (Krause) fine 8.º mese, rivolgimento a membrane rotte, collo quasi completamente dilatato, feto morto asfittico, peso 2370, leggiera endometrite, guarigione.

26. — Anno 1871-72. Contadina d'anni 28. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 32 ore, rivolgimento facile, feto morto asfittico, peso, 2970, leggiera endometrite, guarigione.

27. — Anno 1871-72. Sarta d'anni 37. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. S., durata del travaglio 40 ore, rivolgimento facile, feto morto, peso 2380, puerperio normale.

28. — Anno 1872-73. Serva d'anni 30. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 42 ore. Procidenza del cordone. Rigidità del collo. Bagni e docce vaginali, rottura in alto delle membrane il giorno prima. A dilatazione completa si pratica il rivolgimento che fu facile, feto morto asfittico, peso 3580. Endometrite emorragica, guarigione.

29. — Anno 1872-73. X. d'anni 25. Pluripara, pelvi normale, Sp. D. — C. I. D., durata del travaglio 15 ore, rivolgimento ad acque da poco scolate, feto asfittico riavutosi, peso 2980, endometrite leggiera, guarigione.

30. — Anno 1872-73. Erbivendola d'anni 39. Pluripara, pelvi normale, Sp. D. — C. I. S., durata del travaglio 10 ore, *idramnios*, rivolgimento, feto morto in travaglio, peso 3350, inerzia uterina — membrane rotte a collo dilatato. Doppia parametrite con doppio ascesso, guarigione.

31. — Anno 1873-74. Filatrice d'anni 31. Pluripara, pelvi normale, Sp. D. — C. I. D., durata del travaglio 19 ore. Si rompono le membrane dalla mano che opera, feto sano e vivente, peso 2650, puerperio normale.

32. — Anno 1873-74. Sarta d'anni 28. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 16 ore. Si rompono le membrane nell'atto di fare il rivolgimento, feto asfittico riavutosi, peso 3075, puerperio normale.

33. — Anno 1873-74. Operaia d'anni 23. C. D. 89 mm, primipara, Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 29 ore. Rivolgimento in buonissime condizioni, feto asfittico riavutosi. La donna *muore* due giorni dopo di metro-peritonite infettiva nel periodo algido.

34. — Anno 1873-74. Contadina d'anni 30. Pluripara, pelvi normale. Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 4 ore. Si rompono le membrane nel fare il rivolgimento, il braccio destro si sollevò ai lati della testa, feto morto asfittico: peso 2260, puerperio normale.

35. — Anno 1873-74. Giardiniera d'anni 31. Pluripara, pelvi normale. Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 4 ore, acque

da poco sgorgate, rivolgimento; feto asfittico, peso: 3270, puerperio normale.

36. — Anno 1874-75. Filatrice d'anni 25, pluripara, pelvi normale Sp. S. — C. I. S., durata del travaglio 2 ore, funicolo procidente, rivolgimento, nel primo tentativo si estrae una mano, feto morto asfittico, peso: 2680, puerperio normale.

37. — Anno 1874-75. Donna di casa d'anni 43. Pluripara, pelvi normale. Sp. D. — C. I. S., funicolo procidente, rivolgimento facile, feto asfittico riavutosi, peso: 3050, puerperio normale.

38. — Anno 1874-75. Fruttivendola d'anni 22. Primipara, C. V. 82 mm. Sp. S. — C. I. S., durata del travaglio 7 ore, parto gemello, il primo feto in pres. podalica, rivolgimento pel secondo feto, feti sani, 1.° peso 2240, 2.° 2400, metrite, guarigione.

39. — Anno 1874-75. Stiratrice d'anni 43. Pluripara, C. V. 90 mm. Sp. S. — C. I. S., durata del travaglio 12 ore, rivolgimento a membrane intatte, feto asfittico riavutosi, peso 2950, leggera endometrite, guarigione.

40. — Anno 1875-76. Cuoca d'anni 33. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 12 ore, funicolo procidente, rivolgimento facile, feto asfittico riavutosi, peso 3450, metrite laterale sinistra, guarigione.

41. — Anno 1875-76. Contadina d'anni 31. Pluripara, C. V. 85 mm. Sp. S. — C. I. S., durata del travaglio 5 ore, funicolo procidente, tentativi di versione cefalica esterna che fallisce, appena rotto il sacco si fa procidente il funicolo, rivolgimento, feto asfittico riavutosi, peso 2290, leggiera febbre traumatica, guarigione.

42. — Anno 1875-76. Stiratrice d'anni 23. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. S., gravidanza doppia, 1.° feto pres. V, rivolgimento pel 2.° feto, 1.° feto sano, 2.° feto morto per distacco della placenta, peso 1970, leggiera febbre traumatica, guarigione.

43. — Anno 1876-77. X. d'anni 23. Pluripara, pelvi normale,

Sp. S. — C. I. S., durata del travaglio 8 ore, funicolo procidente, si rompono precocemente le membrane, dilatatore di Barnes di media grandezza, si pratica il rivolgimento in buone condizioni, feto asfittico riavutosi, peso: 3490, leggiera metrite, guarigione.

44. — Anno 1876-77. Lavorante in panni d'anni 29, Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. S., durata del travaglio 15 ore, procidenza del funicolo, rivolgimento, feto sano, peso: 2900, puerperio normale.

45. — Anno 1877-78. Contadina d'anni 27, pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. S. Durata del travaglio 4 ore, rivolgimento facile, feto sano, peso 2900, puerperio normale.

46. — Anno 1877-78. Contadina d'anni 27. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. D., durata del travaglio 12 ore, gravidanza gemellare, 1.° feto pres. podalica, peso 1700, 2.° feto sano, peso 3050, appena espulso il primo feto si ruppe il sacco del secondo, e si fece procidente il braccio sinistro. Messa la donna nella posizione inglese, si praticò il rivolgimento, che non presentò difficoltà, puerperio normale.

47. — Anno 1878-79. Lavorante d'anni 37. Pluripara, pelvi normale, Sp. S. — C. I. S. versione cefalica esterna, inerzia uterina, pilocarpina infruttuosa, tentativo di forcipe sul V mobile sullo stretto superiore, falliva, rivolgimento facile, feto asfittico riavutosi, peso 3480, febbre settica, guarigione.

48. — Anno 1878-79. Sarta d'anni 33. Pluripara, C. V. 75 mm. Sp. S. — C. I. S. Durata del travaglio 9 ore, gravidanza di 8 mesi e mezzo. Si pratica il rivolgimento, appena rotto il sacco e fattosi procidente il funicolo, bacino piatto rachitico, estrazione forzata del capo, feto morto asfittico, peso 2380, leggiera febbre settica, guarigione.

49 — Anno 1878-79. — Contadina d'anni 35. — Pluripara. — Pelvi normale. Sp. D. — C. I. S. Durata del travaglio 29 ore. Procidenza del funicolo. Rivolgimento appena rotto il sacco. Sbarramento del braccio sinistro. — Feto asfittico riavutosi. — Peso 3000. Leggiera endometrite. — Guarigione.

50 — Anno 1878-79. — Pellettiera d'anni 29. Pluripara. — Pelvi normale. — Sp. S. — C. I. S. Durata del travaglio 18 ore. Rivolgimento facile. — Si rompono le membrane dalla mano che opera. — Feto sano. — 2150. — Leggiera endometrite. — Guarigione.

Queste 50 osservazioni, che rappresentano la proporzione alla totalità dei parti nel ventennio del 0,81 %, riguardano tutte donne operate di rivolgimento a collo o completamente o sufficientemente dilatato o dilatabile, a membrane o intatte o rotte da poco, ma in cui l'utero non era contratto spasmodicamente e permanentemente.

La condizione a cui soddisfece il chirurgo fu o esclusivamente o in via principale quella somministrata dalla presentazione della spalla. In tutti questi casi o la spalla era ancora allo stretto superiore o di poco abbassata, onde possiamo ritenere che queste osservazioni per ciò almeno che riguarda la presentazione di spalla, sono il tipo a cui dovrebbe ogni medico uniformarsi per quanto le condizioni sue, della donna e del feto lo permettono. Ed infatti nelle riportate osservazioni tanto l'introduzione della mano che l'evoluzione del feto si fece in modo facile e pronto. Che se nell'osservazione 48ª si legge estrazione forzata del capo del feto, si fu per l'angustia pelvica, e non per condizioni inerenti all'utero ed alle parti molli non preparate o adatte al rivolgimento.

Le donne non soffersero traumatismi gravi, e la prognosi, per quanto riguarda la madre, non potrebbe essere più soddisfacente, quando si considerino le condizioni dell'atmosfera che circonda le ricoverate in quest'ospizio di Maternità. È vero che molte modificazioni e profonde sia nella distribuzione del locale, che nell'assistenza delle partorienti vennero introdotte dal prof. Tibone, che in ciò pone un amore ed un interessamento veramente paterno. Ma non si potè oltrepassare un certo limite imposto da condizioni finanziarie e topografiche.

(*Continua*).

TRE OSSERVAZIONI

DI

RETROVERSIONE E RETROFLESSIONE

DELL'UTERO GRAVIDO

PEL

Dott. LUIGI MANGIAGALLI

MEDICO 1.° ASSISTENTE NELLA R. SCUOLA DI OSTETRICIA

diretta dal

Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

En lisant tous les ouvrages spéciaux ainsi que les traités d'accouchements, qui s'occupent de la rétroversion, on s'aperçoit qu'ils ne renferment guère de cas nouveaux et que les auteurs invoquent peu leur observation personelle.

CHARLES. Des déplacements de la matrice en arriére pendant la grossesse, pag. 26.

Poche forme morbose hanno dato origine ad apprezzamenti così diversi sulla frequenza con cui si presentano e turbano l'andamento della gravidanza quanto la retroversione dell'utero gravido. Talchè mentre Dépaul all'Accademia di Medicina di Parigi nel 1853 lo dichiarava accidente rarissimo, invocando anche la testimonianza degli ostetrici presenti, più tardi in seno alla società ostetrica di Londra nel 1872, in una discussione a cui presero parte alcuni dei pratici più autorevoli, Philips Barnes, Braxton Hikcs, veniva con pari accordo affermata la sua frequenza e veniva dichiarata quale una delle più comuni cause di aborto. Ma queste due opposte credenze sono forse conciliabili quando si pensa, che tale accidente, probabilmente

relativamente frequente, come me ne convince anche la mia esperienza individuale, è molte volte disconosciuto e passa inosservato vuoi perchè l'attenzione del pratico è intieramente assorbita dall'aborto che ne è la conseguenza, come vidi in qualche caso di cui non presi nota, vuoi perchè durante l'evoluzione progressiva del viscere gestante, lo spostamento spontaneamente si riduce senza che la donna avverta disturbi di rilievo ed invochi quindi l'assistenza del medico. E le controversie e le dispute non si limitano soltanto a determinare la frequenza di tale spostamento dell'utero gravido, ma riguardano egualmente e più la sua genesi che alcuni credono posteriore, molti anteriore al concepimento, e mentre havvi tale del tutto fiducioso nell'aiuto della natura e di una saggia aspettativa, havvi poi tale altro che non vede via di scampo che nell'intervento attivo dell'arte. — Nel riportare le tre seguenti osservazioni di cui due prese dalla mia pratica privata ed una dalla mia pratica ospitaliera, vi sono indotto appunto dalla speranza concepita che tale contributo possa servire a portar luce su qualche punto ancora controverso, o quanto meno, per le particolarità da cui vennero accompagnate due di dette osservazioni, a fornire appoggio a questa o a quella ipotesi che si contendono il campo. Nel primo dei casi (il meno importante), che mi diedero argomento a questo studio, venne da me praticata la riduzione nel corso del 5.° mese di gravidanza senzachè questa ne venisse interrotta: il secondo è specialmente interessante perchè trattasi di mola vescicolare in utero retroverso, con sviluppo addominale della parete anteriore divenuta superiore: il terzo invece ripete la sua importanza, a mio avviso, specialmente dal fatto che la retroversione venne osservata e ripetutamente constatata prima che avesse luogo il concepimento, ed ambidue poi questi ultimi hanno un interesse comune, inquantochè venne in essi seguita passo passo la riduzione spontanea, mediante la quale, più di frequente di quanto si pensi, la natura corregge la viziata direzione dell'asse uterino e la donna sfugge ai pericoli che

apporta con sè l'incarcerarsi dell'utero gravido nella trafila pelvica.

Osservazione I. — Stroppa Angela, d'anni 40, filatrice, maritata, nata ad Albuzzano, domiciliata in Pieve Emanuele venne accolta nell'Ospedale Maggiore e collocata nel Comparto ginecologico diretto dall'egregio dott. cav. Emilio Valsuani, il 9 ottobre 1876. Antecedentemente aveva avuto tre bambini. Parti e puerperî fisiologici. Ebbe l'ultima mestruazione verso la metà del mese di maggio. Non avvertiva ancora i movimenti attivi del feto. In questo periodo di tempo aveva provato gli stessi fenomeni simpatici dell'ultima gravidanza. Chiese ricovero nell'Ospedale per disturbi gastro-intestinali, inappetenza, meteorismo, dolori intestinali, stitichezza. Col riscontro vaginale, appena superato l'ostio vaginale, avvertivasi una tumescenza sferica, di una certa elasticità, che occupava la concavità sacrale proiettando all'avanti la vagina. Col solo indice non si riesciva a sentire la porzione vaginale del collo. Coll'ascoltazione praticata applicando lo stetoscopio tanto all'esterno appena al disopra del pube ed in modo da spingerlo verso lo scavo, quanto all'interno in vagina a ridosso della detta tumescenza, non si riesciva a percepire i battiti fetali, ed invece era manifesto un soffio piuttosto dolce, sincrono al polso della madre. La mucosa vaginale era di color paonazzo, il seno presentava le modificazioni gravidiche consuete. Praticando l'esplorazione colla mano destra ad eccezione del pollice si riescì a raggiungere il collo, rivolto affatto all'inalto al disopra della sinfisi pubica. Si trattava quindi di uno de' casi più spiccati di retroversione dell'utero gravido, mentre la gravidanza in base al dato dell'ultima ricorrenza menstruale poteva giudicarsi inoltrata nel 5.° mese. La vescica non formava tumore, e col cateterismo non si estrasse che mezzo bicchiere di urina limpida. Giudicata ogni aspettativa inutile e dannosa, essendo assente l'egregio Valsuani, in presenza del dott. Ambrosoli posi la donna carponi, facendo

in modo che la pelvi si trovasse molto più elevata del torace e dell' addome e mediante quattro dita della mano destra introdotte nel retto, spingendo dolcemente il fondo uterino verso l' ingresso pelvico, e un po' obliquamente a destra verso la sinfisi sacro-iliaca destra, riuscii senza molta fatica ed in breve tempo a ridurre il viscere spostato, riduzione fattamisi evidente da un improvviso cessare di ogni resistenza. Ritirata la mano dal retto riesaminai la paziente: l' utero erasi ridotto nell'antiversione normale della gravidanza, il fondo superava di tre dita trasverse la sinfisi pubica, il collo venuto a collocarsi posteriormente e lievemente a sinistra col suo rammollimento ci forniva un altro criterio quasi certo di gravidanza. — Benchè persuaso che per il volume dell'utero ormai non fosse più a temersi la riproduzione dello spostamento, consigliai la donna di mantenersi per alcuni giorni sul fianco sinistro, e dopo 10 giorni circa venne dimessa, senza che in questo frattempo si presentasse alcuna minaccia d' interruzione della gravidanza.

Osservazione II. — Una signora dimorante in O., uno degli ameni paesi che fanno corona alle ridenti sponde del Verbano, chiese il mio consiglio, nel giugno 1877, sopra un edema dell'arto inferiore destro, che la travagliava da un mese circa e contro di cui erano riusciti inutili i mezzi curativi sino allora impiegati. L'unilateralità dell'edema richiamò la mia attenzione sulla possibilità che intrapelvica ne fosse la causa, avvalorato tanto più in questo sospetto dal fatto che alla signora era già mancata due volte la ricorrenza mestruale. La signora, d'anni 38 circa, da anni non aveva più figliato, ed in questo frattempo le mestruazioni furono sempre regolari per periodo, ma dolorose. In questi ultimi tempi la sua nutrizione era molto decaduta, specialmente in causa di ostinati disturbi intestinali, pei quali era stato consultato anche il prof. De Giovanni, allora in Pavia. Inoltre presentavansi pure da qualche tempo tosse e dolori interscapolari e l' esame fisico del petto faceva rilevare un punto circoscritto di pleurite alla fossa sotto-

claveare di destra. Tutti questi fenomeni potevano anche indurmi a credere, doversi ripetere la sospensione della mestruazione dalle condizioni generali dell'organismo anzichè da affezione degli organi genitali o da gravidanza, neppure lontanamente sospettata dalla paziente. Pure in presenza dell' edema limitato all' arto inferiore di destra credei indispensabile passare all' esame degli organi pelvici, praticato in una col dottor Negri, medico curante. L'esame rilevò quanto segue: *vescica vuota*, mizione spontanea non dolorosa: concavità sacrale occupata da tumefazione elastica quasi decisamente fluttuante che si protendeva in basso fino alla parte inferiore dello scavo, ed in alto superava di un paio di centim., il piano del distretto superiore. Collo spinto contro l'arco pelvico anteriore un po' a sinistra della linea mediana, rammollato al suo apice, e separato da un solco dalla tumefazione situata posteriormente. Coll'esame accurato addomino-vaginale, non riusciva il dimostrare al davanti od ai lati della tumescenza indicata un corpo avente i caratteri dell'utero vacuo, e d'altronde insinuando il dito nella solcatura indicata ed imprimendo movimenti alla porzione vaginale del collo, riusciva facile il dimostrare la continuità del collo colla tumescenza indicata, che quindi si determinò essere costituita dall' utero stesso. D' altra parte la sospensione mestruale, le modificazioni gravidiche del seno, il rammollimento dell'apice al collo, l'elasticità speciale della tumescenza, erano tutti criterî che ci inducevano ad ammettere, essere dessa determinata dall' espandersi del viscere per sviluppo del prodotto del concepimento. I due elementi principali del diagnostico eran quindi assodati — *spostamento dell' utero all' indietro — probabile gravidanza che in base all' ultima ricorrenza mestruale poteva calcolarsi nel* 2.º *mese.* — Ma alcune particolarità restavano ancora a prendersi in disamina: la tumescenza indicata non era tutta contenuta nello scavo, ma si spingeva al disopra del distretto superiore, era di una elasticità che si avvicinava piuttosto alla fluttuazione, era infine di un volume superiore all'epoca

presunta della gravidanza. Il primo fatto presentava troppa analogia coi consimili descritti da Oldham, da Barnes e da altri, in cui la parete posteriore divenuta inferiore erasi sviluppata nello scavo, mentre la parete anteriore divenuta superiore erasi sviluppata verso il cavo addominale perchè io non mi facessi eguale concetto nel caso concreto. Quanto alla mancanza di rapporto tra sviluppo dell'utero ed epoca presunta della gravidanza, vagheggiai tosto l'ipotesi, avvalorato dal fatto della mollezza e dalla fluttuazione quasi della tumescenza, doversi essa probabilmente riferire ad un prodotto patologico del concepimento, e più precisamente alla cosidetta mola vescicolare. Formulai quindi il concetto diagnostico di *probabilità* di mola vescicolare in utero retroflesso, con sviluppo addominale della parete anteriore divenuta superiore, accennando alla possibilità che esso venisse modificato, o infirmato dagli avvenimenti ulteriori, i quali invece vennero poi a confermarlo ed a cerziorarlo.

Non essendovi indicazioni speciali che richiedessero un pronto intervento (l'edema dell'arto di destra era modico e non dava disturbi) consigliai una prudente aspettativa, per aver campo ad illuminarci vieppiù nel diagnostico, parati ad ogni eventualità che fosse per presentarsi. Visitata alcuni giorni dopo, trovai alquanto risalita la tumescenza già descritta, benchè s'insinuasse ancora nello scavo con una grossa parte, e benchè la porzione vaginale conservasse i rapporti sovraindicati coll'arco pelvico anteriore. — Non senza fiducia nella asserzione di Bernutz, convalidata da Barnes che la rettificazione graduale ed insensibile del viscere sia una delle terminazioni più ordinarie, persistemmo nel metodo aspettante. E la nostra aspettativa non fu delusa, poichè graduatamente non solo lo spostamento si ridusse spontaneamente, ma dall' illustre professor Giordano chiamato in seguito pur esso a visitare la paziente veniva constatata una antiversione del viscere gestante, pur confermando il sospetto di mola vescicolare. Intanto questo diagnostico assumeva sempre più l' apparenza

del vero, e pel rapido aumento dell' utero, per l'assenza di ineguaglianze fetali e per il manifestarsi di una perdita sierosanguigna, che per quanto mite andava sempre più deteriorando le condizioni generali della signora.

In un mese circa il fondo uterino aveva superato di un dito trasverso la cicatrice ombelicale e la paziente era estremamente anemica con sussurro alle orecchie, e facili lipotimie. Nessun segno stetoscopico accennante all'esistenza di un bambino vivo, e nel quadrante di destra ed alquanto diffuso un soffio, a vero dire aspro, ma che certo non poteva aggiungere al valore dei criterî che già militavano in favore del diagnostico esposto ancorchè l'eminente clinico fiorentino Vannoni, avesse diagnosticato la presenza di una mola dal timbro aspro del soffio. Convinto, convintissimo del mio diagnostico, timoroso dei danni che potevano sopravvenire o pel protrarsi di tale perdita o pel rapido distendersi dell'utero coi pericoli conseguenti di un suo necessariamente rapido svuotamento (ammessa la diagnosi di mola), persuaso che, data anche la presenza di un embrione, era molto discutibile per esso la possibilità del suo sviluppo fino all'epoca della vitalità, non punto peritante sul diritto maggiore della madre nel caso concreto alla nostra difesa, proposi l'interruzione della gravidanza, proposta che venne accettata dopo non poche peritanze ed indugi; sentito anche il parere di un altro medico consulente si amministrò la segale cornuta specialmente in vista del diagnostico fatto, proponendosi anche di introdurre un cilindro di laminaria nel canale cervicale, ove essa non avesse avuto lo sperato effetto. Il giorno consecutivo all'amministrazione di essa, forse più per benefica opera della natura che per efficacia del farmaco amministrato, cominciarono le doglie che andarono rapidamente aumentando di intensità, talchè verso le 5 pomeridiane circa, venne espulsa, in circa 5 minuti, una mola vescicolare completa a grappoli stupendi da riempirne un catino circa. Quanto si temeva pur troppo si verificò malgrado la segale amministrata in via profilattica e si ebbe una emorragia da inerzia non tanto grave per sè, quanto per l'estrema

ipoglobulia già esistente della paziente, emorragia che mise la sua vita in serio pericolo e che si riescì a frenare a fatica ponendo in pratica i varî mezzi suggeriti dall'arte non esclusa la compressione dell' aorta. Il puerperio fu poi fisiologico, e non ci furono dopo che le noie di una lunga convalescenza per riaversi dalle perdite subite. In seguito non ebbi più occasione di praticare il riscontro vaginale in detta signora, per cui non posso accennare alle condizioni consecutive dell' utero. Questa osservazione è tanto più importante inquantochè nella più volte citata monografia di Charles, così ricca di casi clinici, non ho riscontrato che tre casi di mola vescicolare in utero retroverso spettanti rispettivamente ad Hubert, a Salmon, a Mattei.

Osservazione III. — La signora X. di Milano, abitante in via C., maritata da parecchi anni, era sofferente da due per disturbi uterini, che consistevano specialmente in leucorrea, forme dismenorroiche, dolori irradiantisi lungo l'arto inferiore di sinistra. Io la vidi in compagnia del dott. de Vincenti e ci accordammo nella seguente diagnosi: — retroversione uterina complicata da endometrite e paraovarite sinistra. Giudicato affatto inopportuno ogni tentativo di cura meccanica, ci appigliammo ad una terapia solvente, inviandola anche per due anni consecutivi ai bagni di Salsomaggiore, migliorando la costituzione generale coi ferruginosi e cogli arsenicali, e combattendo le ricorrenti recidive del processo paraovarico col riposo, coll'amministrazione dell' oppio e rare volte anche con lievi sottrazioni sanguigne. Due anni di cura fatta con molta perseveranza dalla paziente giovarono a mettere da parte quasi completamente le sue sofferenze, benchè persistesse qualche dolore pelvico a sinistra e malgrado la persistenza dello spostamento dell'asse uterino. La leucorrea era scomparsa, le menstruazioni non erano più dolorose. L'esame praticato nell'ottobre 1878 rilevava quanto segue: utero retroverso in 2.° grado ed in stato altresì di lieve lateroversione destra, suscettibile di movimenti limitati, non riducibile completamente coll'opera della mano; cordone cicatri-

ziale corrispondente al legamento largo di sinistra. Ovaio a sinistra palpabile, della grandezza di una noce circa; non palpabile quello di destra. Il concepimento avvenne in questa condizione di cose. In dicembre non apparve il tributo mensile, insorsero quindi fenomeni simpatici specialmente nel dominio dell'apparato digerente (nausea e vomito) e il seno si andò mano mano modificando, il collo rammollendosi e l'utero sviluppandosi, ed assistetti così quasi di settimana in settimana allo svolgersi progressivo della sindrome fenomenologica della gravidanza nei primi tre mesi. L'utero conservavasi retroverso, nessun disordine vescicale era entrato in scena, e solo verificavasi stitichezza alquanto pronunciata, combattuta facilmente però coll' amministrazione di un bicchiere al mattino di acqua di Hunyadi Janos. Mi decisi all'aspettativa e perchè non c'erano indicazioni speciali e perchè non era privo di speranza nella riduzione lenta, spontanea dell'utero, il che avrebbe ovviato agli inconvenienti di una riposizione più o meno rude esercitata dalla mano, in vista specialmente dei processi peri- e parametritici, che probabilmente per i conseguenti inspessimenti, cordoni o briglie cicatriziali potevano renderla pericolosa, non alieno dal credere che tali briglie, tali cordoni si rammollissero e si allentassero per l' influenza stessa della gravidanza. L' attesa fu coronata dal successo: per lo sviluppo progressivo del viscere gestante il fondo si elevò mano mano, talchè nella prima metà del 4.º mese la riduzione poteva considerarsi completa; solo la porzione sotto vaginale del collo invece di portarsi posteriormente persisteva nella sua posizione accennata; continuava cioè ad essere tratto presso l'arco pelvico antero-laterale di sinistra, per l'azione esercitata dalla retrazione cicatriziale del legamento corrispondente. In coincidenza colla 4.ª ricorrenza menstruale, quindici giorni circa dopo la riduzione accennata il 17 di marzo del corrente anno venne presa all' improvviso da una colica uterina violentissima, che per un' ora circa mi fece paventare lo scoppio di una peritonite, tanto erano profilati i suoi tratti, scomposta la sua fisionomia, filiforme, quasi

impercettibile il suo polso; ai dolori violentissimi si aggiunse una lieve perdita di sangue prosciolto, senza che il collo presentasse modificazioni di sorta. Il riposo e l'uso generoso del laudano allontanarono ogni minaccia. Tali fenomeni si rinnovarono quindici giorni dopo, venne fatta egual cura con eguali risultati, dopo per due settimane circa la paziente stette abbastanza bene, e potè accudire senza provarne disturbi a tutte le sue domestiche faccende. Il 16 aprile, questa volta con lievi dolori si stabilì nuovamente una perdita sanguigna anche a grumi, senza che il collo presentasse modificazioni di sorta; il 17 e il 18 continua la perdita, il 19 è più espanso il segmento inferiore e diminuita la lunghezza del collo che è accessibile al dito esploratore. Il giorno successivo alle 12 meridiane si ebbe l'espulsione di un feto morto con uno sviluppo corrispondente al 5.° mese. La placenta non presentava focolai emorragici. Le raccomandai di tener il letto per 20 giorni circa, prescrivendo il decubito laterale sinistro con inclinazione anteriore, e segale cornuta a piccole dosi refratte allo scopo di favorire l'involuzione uterina e rendere quindi meno probabile la riproduzione dello spostamento, che ai primi di luglio fortunatamente non si era ancora verificata.

Riflessioni. — Sarò breve e mi limiterò a quelle considerazioni che derivano immediatamente dall'esame dei fatti riportati. È notevole anzitutto come in nessuno dei casi accennati si abbia avuto la distensione della vescica per suo incompleto o impossibile svuotamento, segno sulla cui importanza da ogni pratico è richiamata la nostra attenzione. Non voglio con questo menomare il suo valore, che anzi opino, doversi sempre in ogni caso di impedita eliminazione dell'urina, rivolgere la nostra mente alla possibilità di uno spostamento dell'asse uterino, ma voglio solo mettere in rilievo, quanto siavi di esagerato nella asserzione di Demmann, il quale ritiene persino futile e vano il disputare che la ritenzione dell'urina non sia la causa della retroversione uterina. Alla qual genesi si oppone anche il fatto che, secondo Bernutz, Barnes, Schroeder, la mag-

gioranza delle retroversioni in gravidanza sarebbe dovuta al mantenimento di una deviazione preesistente, la quale abbia permesso il concepimento, come è messo in piena luce dal mio 3.° caso, al quale forse potrebbe aggiungersi anche il 2.°, a motivo delle forme dismenorroiche antecedenti al concepimento, del lungo periodo di sterilità, della mancanza di ogni e qualunque quadro fenomenologico, il quale avesse accompagnato il prodursi subitaneo della retroversione. Così pure la mia esperienza non mi permette di sottoscrivere alle parole di Charles, il quale parlando della riduzione spontanea dell'utero gravido retroverso scrive nella sua pregiata monografia a p. 11: « au point de vue pratique il ne sera pas plus permis à un » médecin d'espérer ce resultat, que d'attendre a terme une » évolution spontanée en presence d'une présentation de l'é- » paule. » Come quest'ultimo precetto ostetrico, posto in modo dogmatico, è discusso e discutibile, come mise in piena luce il professor Chiara (1), così il primo può sollevare molte obbiezioni e per parte mia non solo mi acconcio all' avviso di Barnes, il quale considera tale meccanismo come il più ordinario per il quale la natura sfugge ai pericoli di un incarceramento dell'utero nella pelvi, ma credo doveroso quasi l'attenderlo con una *prudente* e *vigilante* aspettativa, quando come nel 3.° caso da me riportato, complicanze nel campo degli annessi e specialmente aderenze periuterine facciano presumere difficile o pericolosa la riduzione artificiale e più o meno violenta dell'utero retroverso. Ma indipendentemente da questo criterio fornito da condizioni morbose degli annessi, havvi un altro criterio puramente meccanico, il quale ci può guidare o per la via di una cauta aspettativa o per quella dell'intervento. In casi analoghi al primo in cui il fondo dell' utero riempie quasi il cavo pelvico mentre la porzione vaginale del collo è completamente rivolta all' insù nel cavo addominale in modo da invertire onnimamente i rapporti dell' asse uterino, certo

(1) Chiara. L' evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione. Milano 1878. Tipografia fratelli Rechiedei.

l'intervento è l'unico partito a cui possiamo risolverci, ma nei casi in cui per lo sviluppo addominale della parete anteriore, è lecito lo sperare, che pel progressivo sviluppo del viscere anche la parete posteriore risalga al disopra dell'ingresso pelvico, l'aspettativa non sarà fuori di caso e potremo limitarci a quei mezzi, i quali, come l'acconcia posizione dell'ammalata, il cateterismo della vescica, ecc., contribuiscono a favorire il conseguimento dell'effetto desiderato. In alcuni casi, a vero dire, si è forse verificato il fatto, che pure sviluppandosi la parete anteriore nel cavo addominale, la parete posteriore continuasse a pescare nello scavo, limitata nel suo sviluppo dai confini stessi del cavo inestensibile, dando così origine ad alcuni dei casi descritti col nome di obliquità posteriore. Ma la discussione di questa questione mi trascinerebbe al di là del limite tracciatomi nell'arrecare questo contributo allo studio della retroversione e retroflessione dell'utero gravido col quale non ho voluto che arrendermi all'invito indiretto, espresso nelle parole che collocai come epigrafe in principio di questo scritto.

LA
INFEZIONE PUERPERALE
studiata sul cadavere

RIASSUNTO DI UNA LEZIONE FATTA

DAL

Prof. V. COLOMIATTI

il giorno 31 maggio 1879

REDATTO DAL

Dottor **GIOVANNI ROCCA**

Da alcuni anni a questa parte noi possiamo dire che negli studî clinici si è fatto tale un avanzamento, che è a sperarsi sia fra poco bandito dalla pratica tutto ciò che sa di empirismo. A questo avanzamento contribuirono molte parti dello scibile medico, che, mentre si perfezionarono, si sono portate all' unisono; e fra queste non ebbe certamente una importanza secondaria l'anatomia patologica, che fu a ragione riconosciuta base fondamentale dello studio di ogni processo morboso, della quale verità ebbi maggiormente a convincermi seguendo, nell'anno scolastico ultimo decorso, l'insegnamento dato nella Università di Torino dal prof. Colomiatti, e tenendo dietro alle numerose autopsie da lui praticate sui cadaveri delle diverse Cliniche universitarie.

Le mie osservazioni furono da principio generali: mi occupò cioè tanto questo che quel processo morboso, di mano in mano che or l' uno or l' altro mi era *dimostrato*. Ma ben presto rivolsi la mia attenzione a fatti speciali, perchè il prof. Colomiatti ebbe anche a trattare con un ricco materiale, quella

parte, sulla quale ho divagato meno, vale a dire le malattie della donna, e particolarmente quelle del puerperio. Disgraziatamente per le povere puerpere, i cadaveri di donne, morte poco tempo dopo il parto, non fecero, lungo l' anno, difetto nel Laboratorio dell' Istituto anatomico. Tutti furono sezionati in pubblico nell'anfiteatro della scuola, dove ognuno si è convinto di ciò che il Colomiatti (ad ogni paragone che gli occorreva di poter fare) andava ripetendo già da alcuni anni, che cioè la morte di queste infelici deve ascriversi ad una infezione, la quale ora potrebbe considerarsi come una septicemia od una icoremia, ed ora come una pioemia intesa nel senso patologico moderno.

Avevo già in animo questo concetto, quando mi capitò per le mani il libro di Ostetricia del Playfer (1), l' ultimo che si sia pubblicato in quest' anno su questa materia, dove si sostiene recisamente che l'infezione puerperale non si differenzia punto dalla infezione settica, icoremica, pioemica: e fui contento per la quasi concordanza delle essenziali conclusioni, mentre non ho potuto essere soddisfatto poi dell'anatomia patologica riferita, perchè io avevo veduto qualche cosa di più che là non fosse scritto, e, a mio giudizio, sentito a discorrerne meglio in una lezione fatta appunto dal Colomiatti.

Ho perciò più volte lamentato che non fosse ancora reso di pubblica ragione un lavoro corretto su questo argomento. E pensando alla lezione del Colomiatti, che io avevo scritto, chiesi ed ottenni di darne un sunto, che mi auguro possa servire di nota preventiva al lavoro che il Colomiatti dovrebbe in proposito pubblicare.

Il Colomiatti cominciò col dichiarare che egli, nei limiti di una lezione, dovendo trattare un argomento di tanta importanza, sul quale si erano dette e scritte tante cose, non poteva e non intendeva fare altro che narrare alla buona ciò che egli aveva

(1) Traité théoriques de l'art des Accouchements, par W. S. Playfair, etc. traduit par le docteur Vermeil, Paris 1879.

veduto in un gran numero di cadaveri da lui sezionati nello spazio di tre anni. E la lezione che ne risultò fu di indole diversa da quella di tutte le altre, che era solito a fare, essendo sempre ognuna una rivista critica degli ultimi lavori pubblicati sugli argomenti che andava svolgendo; ma del resto fu una lezione, la quale, meglio così che altrimenti, serve a chiarire il soggetto. — Ecco intanto della medesima in breve riferiti i punti essenziali.

Alla sezione del corpo di una puerpera, morta in conseguenza della così detta febbre puerperale, in generale, si trovano lesioni negli organi genitali, lesioni nelle adiacenze di questi, e lesioni nelle lontananze (1). La più parte delle donne che il Colomiatti ebbe a sezionare e dalle quali ha raccolto i suoi pezzi, presentarono tutte un arresto nella *riduzione* dell'utero, le pareti del quale, anche in quelle sezionate prima che fossero trascorse le 24 ore dalla morte, erano, alla palpazione, di una consistenza diminuita, relativamente alle pareti dell'utero di certe puerpere, che, venute a morte in conseguenza di fatti accidentali diversi, ebbe campo parimente di osservare. Egli ha visto in quei casi che ordinariamente sono designati col nome di endometrite puerperale — ma che del resto, come fece osservare, hanno un significato diverso da quello che importa il nome di endometrite, purchè si prendano, come è di dovere, per base del loro studio, le condizioni nelle quali si trova l'utero dopo il parto, — che la cavità uterina è occupata da un liquame grigio-verdastro, alle volte assai abbondante, fluido, puzzolentissimo, misto a detriti gangrenosi, a resti placentari ed a sangue nerastro. Tolto questo liquame con una conveniente lavatura, ha fatto vedere che l'utero, sotto il rapporto delle sue essenziali lesioni, potrebbe dividersi in due strati sopra un taglio verticale alle sue pareti; uno dei

(1) Sopra le lesioni che si osservano alla vulva, nella vagina e parti vicine, quali conseguenze del parto, e sopra le lacerazioni del collo uterino, ha solo dato un cenno, tanto per non dimenticarle.

quali è interno, e misura dal più al meno, a seconda dei casi, solo alcuni millimetri di spessore, mentre l'altro è esterno e va fino al connettivo sotto-peritoneale. Lo strato interno ha un colore livido-verdastro con punti gangrenosi, ha una consistenza debolissima — messa naturalmente in rapporto con quella totale sopra indicata, che si riscontra alla semplice palpazione — la quale consistenza in alcuni casi è più manifestamente debole ancora in corrispondenza della inserzione placentare, e soventi accompagnata da infiltrazione purulenta e da piccoli ascessi isolati o confluenti.

Lo strato esterno, conseguentemente assai più spesso, è di una consistenza meno debole, di un colore generalmente carneo sbiadito, alle volte assai pallido, tendente al giallognolo, con edema diffuso, con striscie molteplici di color lattescente o di aspetto gelatinoso, che seguono il decorso dei fasci muscolari o accompagnano i vasi (periflebite, perilinfangite) e talvolta con ascessi per lo più piccoli, uniformemente distribuiti qua e colà massime in vicinanza dei vasi, o radunati per lo più ai due lati, o in uno soltanto dei medesimi, ovvero unicamente là dove vi corrisponde la inserzione placentare.

A queste alterazioni si trovano unite quasi sempre la infiammazione degli ovidotti e delle ovaie, spesso con esito di suppurazione massime in queste ultime, e la parametrite che è generalmente più grave da un lato che dall'altro, quando non è solo unilaterale; parametrite ora con ascessi ed ora con infiltrazione siero-purulenta diffusa. Nei casi gravissimi, o per meglio dire in quelli nei quali la suppurazione è più abbondante, al disotto del peritoneo (che sull'utero e sugli annessi non è più ben disteso, perchè l'utero svotandosi e *costringendosi* si è rimpicciolito rapidamente, mentre il peritoneo non ha potuto nel medesimo tempo diminuire in proporzione le sue acquistate dimensioni) si vede del pus radunato a piccoli cordoncini, che decorrono, tanto dal fondo dell'utero che dalle sue due faccie, in diverso senso, ed anche trasversalmente od obliquamente, verso e sui legamenti larghi: i quali cordoncini sono precisa-

mente dati da ciò, che il pus si è radunato sotto le pieghe peritoneali, le quali in parte ha potuto distendere.

Talvolta l'infiammazione, seguita o no da suppurazione, non si limita soltanto al connettivo peri-uterino, ma si estende a gran parte del connettivo sottoperitoneale delle regioni vicine, e più manifestamente al connettivo che accompagna i vasi ed i nervi utero-ovarici lungo il loro decorso extra-uterino ed extra-ovarico. Del resto in ogni caso alla parametrite è unita la perimetrite, cioè la infiammazione del peritoneo involgente l'utero e gli annessi, la quale infiammazione ora è fibrinosa essenzialmente, ora siero-fibrinosa semplice, o siero-fibrinosa emorragica, ed ora purulenta, accompagnata o no da peritonite diffusa.

Alcune volte la lesione della parte interna dell'utero è poca, e nulla si vede di essenziale (all'esame macroscopico) nella rimanente porzione della parete uterina; invece la parametrite è gravissima, ed estesa è anche la peritonite.

Studiati tutti questi fatti mercè un esame microscopico accurato, vi si riconoscono i fattori di un processo acuto infiammatorio. Esso si estende dalla superficie interna dell'utero, dove per tempo si manifestano punti gangrenati, al connettivo interstiziale ai fasci muscolari, al connettivo peri-vasale ed all'epinervoso, e da tutto questo connettivo al sotto-peritoneale, che ai lati e fra i legamenti larghi è più abbondante, e meglio disposto a percorrere anche rapidamente le ultime fasi del suo decorso, per diffondersi al peritoneo e dar luogo ad una peritonite più o meno estesa.

Le fibre muscolari dell'utero non partecipano per nulla in modo attivo al processo infiammatorio, esse sono unicamente passive in tutto e per tutto trovandosi in stadii di degenerazione adiposa più avanzati di quanto si riscontra in uteri sgravati di donne morte ad una medesima distanza dal parto, ma in conseguenza di fatti accidentali differenti.

Vi ha spesso in alcuni tratti, congiuntamente alla periflebite ed alla perilinfangite, la diffusione del processo infiammatorio

alle pareti vascolari con trombi più o meno estesi. E le ghiandole linfatiche alle quali vanno i vasi linfatici del corpo dell'utero da una parte e quelli del collo dall'altra (tenuto calcolo di ciò che loro è dovuto per lo stato puerperale considerato nel suo complesso fisiologico) sono solo in ben rari casi alquanto tumefatte. Esse anche in questi non accennano di regola a suppurazione, la quale, per meglio dire, non venne mai osservata nelle molteplici autopsie eseguite dal Colomiatti.

Il fegato in questi cadaveri è in degenerazione grassa più o meno avanzata. Sovente è sede di infarti emorragici e di ascessi.

La milza è tumefatta per congestione, per accumoli di cellule semoventi; e contiene moltissime cellule globulifere, nonchè globuli sanguigni rossi nucleati. I reni sono quasi sempre affetti da infiammazione parenchimatosa acuta ad un grado, s'intende, più o meno elevato.

Nel tubo digerente vi hanno d'ordinario segni di infiammazione catarrale, ma più specialmente vi si nota la tumefazione dei follicoli linfatici.

Alcune volte vi ha pericardite siero-fibrinosa semplice, o siero-fibrinosa emorragica. Il cuore è sempre assai floscio, pallido, essendo il miocardio ognora in degenerazione grassa piuttosto rilevante.

Sovente si incontra la pleurite con essudato siero-fibrinoso abbondante, più spesso unilaterale che bilaterale, nonchè la pneumonite lobulare ordinaria ed anche la lobare, o la pneumonite ipostatica, ed infarti emorragici polmonari, con o senza ascessi.

L'encefalo è per lo più edematoso.

Il gran simpatico, anche all'infuori dei suoi rami che si distribuiscono all'utero, e quindi eziandio nei suoi cordoni principali, è assai alterato. Ne' suoi tronchi presenta sovente, nell' interno degli spazi linfatici peri-nervosi ed endo-nervosi, or qua or là, ed anche in tratti molto estesi, una quantità di sangue alle volte relativamente assai grande, in modo cioè da

potersi riconoscere che i detti spazi sono alquanto sfiancati dal sangue stesso stravasato; e del resto sempre una quantità più o meno diffusa di cellule semoventi. E dei suoi gangli parecchi sono tumefatti molto visibilmente, rammolliti assai spesso, essenzialmente affetti da infiltrazione linfatica, e sede parimente di emorragie negli spazi linfatici speciali che li attraversano. — Le quali cose il Colomiatti ha pure osservato in alcuni cadaveri morti per infezione tifoidea (1).

Tutti questi fatti, che, come ognuno può facilmente riconoscere, sono abbastanza dimostrativi, non bisogna credere che si incontrino in ogni cadavere, e ad un grado sempre medesimamente elevato. Essi si possono studiare in tutte le loro fasi soltanto usufruendo di un grande materiale. Anzi, quando si hanno a disposizione molti cadaveri di questo genere, occorre spesso, se l'epidemia è forte, di vedere piuttosto poche delle alterazioni menzionate. In questi casi però non solo si può riscontrare l'emorragia lungo il simpatico, ma la si trova anche più estesa in altre parti; ed il sangue, là dove lo si trova raccolto, è sciolto più che in tutti gli altri casi congeneri, ed in massima parte, relativamente ancora più decomposto.

Le autopsie dei cadaveri di tutte queste donne si devono fare ad epoche più brevi che è possibile dalla morte. Con tutto ciò, e per quante precauzioni si prendano, una gran parte del materiale va perduto; non è cioè utilizzabile per studi microscopici severi, perchè in tutte le donne che soccombono in causa di una tale malattia, la putrefazione è assai rapida. In alcune circostanze neanco i rigori della stagione invernale valgono a rallentare un simile processo cadaverico; e ciò quando il processo morboso ebbe un decorso acutissimo, e che le lesioni materiali, prodotte dal medesimo, si riducono quasi unicamente alla alterazione del sangue.

(1) Vedi verso la fine del lavoro di Colomiatti: La diffusione del cancro lungo i nervi. Giornale dell'Accademia Med. di Torino 1876.

E a questo proposito il Colomiatti rammentò, fra gli altri, due casi molto interessanti.

Il primo riguardava una robusta donna, morta alcuni giorni dopo il parto in seguito ad un abbondante vomito sanguigno. L'autopsia da lui praticata, in presenza del prof. Tibone, non rivelò alcuna lesione al ventricolo che potesse servire, anche per pochissimo, a spiegare quella fatale emorragia.

La donna aveva la sua visceratura completamente sana, e non presentava altro che una infiltrazione purulenta, appena apprezzabile, in corrispondenza della inserzione placentare. Non parametrite, non perimetrite. Nulla insomma, all'infuori di una generale decomposizione del sangue, raccolto in grandissima quantità nel ventricolo e nelle intestina. La morte di questa donna era avvenuta in inverno. L'autopsia era stata praticata abbastanza per tempo, ad una distanza tale dalla morte che, se si fosse trattato di un altro cadavere, cioè di donna morta non in seguito ad infezione acuta, ogni parte si sarebbe potuto utilmente studiare. Ebbene, la putrefazione era ad un grado più che rilevante, e tanto che appena i due Professori poterono riconoscere che l'emorragia, in seguito alla quale la donna soccombette, non era avvenuta per alcuna lesione viscerale di sorta.

Il secondo è alquanto diverso per il modo col quale ha dovuto iniziarsi la malattia. Esso è pubblicato dal dott. Giovanni Peyretti, ed è alla gentilezza di questo egregio collega che il Colomiatti deve l'averlo potuto registrare. Riguarda una operata di parto cesareo con consecutiva esportazione dell'utero e delle ovaie, la quale, sezionata dal Colomiatti stesso in presenza dei fratelli dott. Peyretti e dei dott. Novaro, Margary, De-Vecchi, Porta e Bajardi, ventidue ore e mezzo dopo il decesso (che era avvenuto, con sintomi tetanici, addì 30 marzo corrente anno, undici giorni dalla sofferta operazione), mentre non presentava alcun segno di quei processi morbosi, che in simili casi sono più che sufficienti a spiegare la morte; era in putrefazione avanzatissima, come può vedersi dal reperto che qui trascrivo:

« *Abito esterno.* — Sulla pelle dell'addome, ma più che tutto
» in corrispondenza delle due regioni iliache, si nota un colore
» azzurro-verdastro da iniziata putrefazione, che è attestata
» anche da un colore rosso-livido esistente sul decorso della
» più parte delle vene superficiali.

« Partendo da un mezzo centimetro al di sotto della cica-
» trice ombellicale, un po' verso sinistra, si nota una soluzione
» di continuità, alquanto slabrata come più la si guarda in
» basso, ma che si può ridurre facilmente ad una forma li-
» neare, la quale, discendendo in direzione pressochè parallela
» all'asse verticale del corpo, giunge a un centimetro al di
» sopra della sinfisi pubica.

« Questa soluzione di continuità, nel suo terzo superiore,
» non interessa neanco tutto lo spessore della pelle, apparendo
» come una ferita quasi completamente cicatrizzata. Invece
» nei suoi due terzi inferiori, e più specialmente in corrispon-
» denza del suo estremo inferiore, è profonda, e tappezzata
» da detriti gangrenosi.

« Introducendo il dito in questa parte non si penetra nella
» cavità addominale, e senza difficoltà si arriva a toccare la
» porzione superiore della faccia interna del pube.

« Aderisce al labbro destro di questa soluzione di continuo,
» e in basso, mercè un peduncolo che si nasconde profonda-
» mente, un corpo di consistenza pastosa, della forma e del
» volume di una piccola fava, per nulla gangrenato.

« *Cavità craniana e spinale.* — Nulla di notevole alle ossa
» del cranio, ed alle vertebre, all'infuori di alcune *deviazioni*
» della colonna, da rachitismo.

« La dura madre craniana presenta piccoli osteomi sulla su-
» perficie interna in corrispondenza del lobo frontale destro.
» Non offre nulla di simile la dura madre spinale.

« Esiste un po' di siero non intorbidato, ma rossigno per
» effetto di iniziata scomposizione del sangue, nello spazio sub-
» durale e negli spazi sotto-aracnoidei cerebrali, nonchè fra
» la dura madre e l'aracnoide spinale. — La dura madre

» delle fosse occipitali, e la spinale specialmente, hanno una
» tinta rosso-livida uniforme, per effetto cadaverico.

« Esiste un piccolo osteoma nell'aracnoide cerebrale in cor-
» rispondenza della metà del decorso della scissura di Silvio,
» lato sinistro. E l'iniezione dei vasi cerebrali, cerebellari e
» spinali, è sufficientemente notevole, specialmente nelle parti
» declivi, considerata la giacitura del cadavere da più ore
» coricato sul dorso; nelle quali parti declivi, più che altrove,
» si nota attorno alle vene una colorazione rosso-livida più o
» meno marcata.

« Nell'encefalo e nel midollo spinale trovasi di notevole una
» diminuzione sensibile di consistenza; e nei ventricoli cere-
» brali esiste una piccola raccolta di siero limpido ma rossi-
» gno, e cioè simile a quello già notato negli spazi sotto-arac-
» noidei.

« *La cavità della bocca e quella del faringe* presentano
» nulla di notevole.

« *Collo.* — Tiroide ingrossata, specialmente nel suo lobo
» destro.

« La laringe e il primo tratto della trachea sono sani, ma
» hanno la membrana mucosa di un colore rossigno uniforme,
» per effetto cadaverico.

« *Torace.* — Nelle due cavità pleurali esiste una discreta
» quantità di siero colorato per decomposizione del sangue.

« I polmoni non presentano che ipostasi cadaverica coi se-
» gni manifesti di iniziata putrefazione.

« Il pericardio è disteso da siero simile a quello riscontrato
» nelle pleure, e, nella sua porzione parietale massimamente,
» tinto com'è lo siero. Attorno alle vene coronarie cardiache
» è marcata assai una colorazione rosso-livida.

« Il cuore è floscio, e nelle sue cavità contiene gas (mas-
» sime a destra) di decomposizione, nonchè grumi nerastri e
» sangue oscuro non aggrumato. Ha l'endocardio di un colore
» livido-cadaverico assai intenso.

« *Addome.* — Nelle parti declivi della cavità peritoneale si

„ trova una leggera raccolta di siero, simile a quello già no-
„ tato nelle altre cavità. Le anse intestinali sono alquanto di-
„ stese da gas. Il grande epiploon è spinto in alto ed accar-
„ tocciato. L'aspetto del peritoneo, all'infuori della regione
„ corrispondente alla soluzione di continuità descritta coll'a-
„ bito esterno, è completamente normale.

„ Alla parete addominale, nella regione della soluzione di
„ continuità or ricordata, aderisce porzione dell'*S* iliaco. L'a-
„ derenza è ben stabilita, e la parete intestinale che vi cor-
„ risponde fa da fondo al terzo medio della soluzione di con-
„ tinuità stessa la quale non poteva comunicare colla cavità
„ addominale, essendo chiusa ancora completamente negli altri
„ suoi due terzi, e cioè nel superiore e nell'inferiore.

„ La chiusura del terzo superiore ha dovuto farsi per un
„ rapido processo di cicatrizzazione in seguito ad un comba-
„ ciamento delle labbra della soluzione di continuità in di-
„ scorso ottenuto e mantenuto perfetto massimamente nelle
„ parti profonde; e quella del terzo inferiore si fece in forza
„ di aderenze bene organizzate stabilitesi tra il peritoneo pa-
„ rietale ed il peritoneo uterino nella sua porzione inferiore,
„ compreso quello degli annessi, trascinato nella regione. —
„ (L'utero è stato reciso all'altezza di 2 cm. al di sopra del-
„ l'orificio interno del collo, che non si è reso perfettamente
„ impervio).

„ Studiando le aderenze che non permettono a questo terzo
„ inferiore di comunicare colla cavità peritoneale, si riconosce
„ che il corpicciuolo riscontrato, all'esame esterno, in questa
„ soluzione di continuità, è un frammento dell'ovaio destro.

„ In tutte le adiacenze della soluzione stessa il peritoneo
„ parietale presenta qua e là piccole chiazze emorragiche in-
„ terstiziali, ed ha in basso, verso il pube, nonchè in tutta
„ l'estensione delle regioni iliache, un colore verdastro, cada-
„ verico, caratteristico.

„ Il fegato è floscio. Ha la capsula distaccata in più punti
„ da gas di putrefazione.

« La milza è in avanzata putrefazione con gas nel suo con-
» testo.

« I reni incominciano anch'essi ad essere putrefatti.

« La vescica presenta nulla di speciale.

« Nel tubo gastro enterico v'ha di notevole nient'altro che
» un discreto grado di enfisema sottomucoso da gas di putre-
» fazione, massimamente nel ventricolo. Del resto non vi si
» può riconoscere alcun grado di tumefazione dei follicoli lin-
» fatici ».

Non si deve mettere adunque in dubbio, che la morte di queste donne avvenga per infezione, e che questa naturalmente trovi la ordinaria sua strada nei genitali e nell'utero in particolar modo, la cui superficie, dopo il parto, per un tal fatto, si potrebbe paragonare ad una soluzione di continuità qualunque delle parti molli, ammesse le varianti che sono date dalle disposizioni anatomiche speciali.

Essa però potrebbe penetrare nell'organismo di una puerpera e riuscire medesimamente per questa fatale con maggiore o minore violenza per vie anche diverse. Il che è dimostrato — come fece attentamente rilevare il Colomiatti — dal caso del dott. Peyretti, nel quale la detta infezione *penetrò* per la *porta aperta* che seguì all'atto operativo, e che non potè essere sempre protetta a sufficienza con un conveniente metodo antisettico.

E questo fatto è per la questione eloquentissimo, poichè dimostra che *nella infezione puerperale* — tenuto calcolo del puerperio — *le cose procedono come nella infezione che avviene quando non si curano per bene le ferite risultanti da atti operativi comuni, cioè spettanti a tutta quella Chirurgia, che non è ostetrica.*

Dalla superficie dell'utero (come pure anche da tutte le soluzioni di continuità che si possono avere nelle altre parti genitali) penetra direttamente nel sangue il *germe infettivo,* conformemente a ciò che succedeva pur troppo spesso in seguito

alla estirpazione di tumori, ad amputazioni, ecc., ecc., quando non si praticava ancora la medicazione antisettica, che fortunatamente ai nostri dì va ognora acquistando credito maggiore.

E questo germe infettivo, che può uccidere rapidamente per l'*intossicamento* del sangue anche senza che si trovi alcuna lesione uterina, non esiste poi (in quei casi in cui il processo locale arriva all'esito di suppurazione) nel pus come tale, perchè questo se anche entra nel circolo, se anche riempie i linfatici uterini, non dà al sangue che una quantità più o meno grande di globuli purulenti, la significazione dei quali è tutt' altro che maligna; ma, in quei casi stessi, è nella materia scettica, è nel pus icoroso, che tante ragioni hanno di prodursi lungo la filiera genitale, massime nelle donne raccolte nei nostri Ospizi.

Esso, che, se non è un principio chimico determinato da condizioni speciali, forse potrebbe essere da Pasteur definito (1), penetra direttamente nel sangue, senza che per far ciò debba passare di necessità da prima per la via dei linfatici. E questo fatto è ad evidenza dimostrato e dai sintomi clinici e dai reperti anatomici, i quali ultimi, se pure alcune volte riguardano anche lesioni dei vasi che trasportano la linfa dall'utero alle ghiandole linfatiche vicine, e lesioni di queste stesse ghiandole linfatiche, dimostrano però che tutte queste lesioni non sono per nulla in rapporto col tempo della insorgenza dei sintomi generali, i quali, quando non fossero determinati dalla *diretta infezione del sangue*, verrebbero in scena, certamente non prima che le lesioni dell' apparato linfatico abbiano raggiunto maggiore gravità che non si trovi nelle puerpere, e quella estensione che è reclamata almeno dalle disposizioni anatomiche.

Anzi si può asserire che, se si incontrassero casi nei quali le alterazioni dell' apparato linfatico fossero ad un grado tale da poter entrare in linea di calcolo per la determinazione del-

(1) Académie de Médecine. Paris. Séance du 11 mars 1879.

l'infezione sanguigna, questa medesima infezione non avrebbe ricevuto altro che un *rinforzo;* poichè (ammessa anche la contemporanea penetrazione del principio infettivo nel circolo linfatico e nel venoso) questo stesso principio arriva per quest'ultima via a ridurre agli estremi l'ammalata, prima che abbia acquistato nell' altra la necessaria estensione per versarsi nel sangue.

E del resto, non dobbiamo noi pensare, con maggior fondamento che non si abbia nel sistema linfatico in questi casi, alla parte che spetta, nel processo morboso, al grande simpatico? ..... Esso è tutt' altro che in condizioni normali nelle donne morte in seguito all'infezione in discorso! ... Ha delle vie circolatorie, connesse con quelle speciali a tutto il sistema nervoso, nel circolo peri-nervoso ed endo-nervoso, lungo le quali possono trascorrere liquidi infetti. E disturbato, per materiali alterazioni, nelle sue funzioni, ha di certo, per ciò che direttamente governa, e per le sue intime continuità, una non lieve parte nella gravità del male.

VARIETÀ

IMPRESSIONI DI UN OSTETRICO IN VIAGGIO

LETTERE

AL

Sig. Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

DIRETTORE DELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

IV.

Praga, 31 luglio.

Caro ed egregio Professore. — Lasciata la capitale germanica mi proposi di recarmi a Dresda, deviando un poco dalla linea diretta onde visitare le cliniche di Halle e di Lipsia. La strada percorsa ribocca di ricordi dell'epopea guerresca del 1813, nella quale l'armata francese ora vincitrice ora vinta, incalzata dagli eventi e dai nemici che mano mano ingrossavano, si ritirava verso la linea del Reno, contrastando il terreno palmo a palmo e seminando di cadaveri i piani della Sassonia. E mentre la locomotiva mi trasportava attraverso lo spazio, quelle severe figure di Blücher, di Bülow, di Scharnhorst, di Jork, che avevo visto scolpite nel marmo o nel bronzo nella massima via di Berlino, prendevano vita nell'accesa fantasia e colla spada in pugno comandavano l'esercito della riscossa. Ma lasciamo le lotte delle armi e passiamo a quelle più benefiche della umanità e della scienza. Halle è una vecchia città sulla Saale, di 60,000 abitanti circa, centro di saline molto produttive, e sede dal 1694 di una Università frequentata da 1000 studenti circa. — Quando il viaggiatore vi ha

visitato il monumento del celebre compositore Haendel, la vecchia torre isolata, che si erige nel mercato, e qualche tela di Cranach ha finito il suo compito e può rivolgere il passo altrove. Il medico invece vi coglie l'occasione di esaminare uno dei migliori istituti clinici che vanti la Germania; la clinica chirurgica di Volkmann è in piena attività da qualche tempo, mentre invece quella ginecologica ed ostetrica di Olshausen è solo aperta da pochi mesi, per cui non posso intrattenerla sui risultati ottenuti. — Gli edificî che servono per l'istruzione clinica sono veramente grandiosi. — Discendendo dalla stazione, volgendo dopo pochi passi a destra sulla strada che conduce a Magdeburgo, a breve tratto di cammino, sopra alcuni poggi che fronteggiano la via a sinistra si scorgono alcuni edificî isolati in pietra rossa. Essi sono sede delle varie cliniche, e sono separati dalla strada da un'ampia area coltivata ad aiuole fiorite, e quindi da un recinto colla base di circa mezzo metro in muratura, sormontata da una cancellata di ferro, interrotta da colonnette pure in muratura. Nella clinica ginecologica ed ostetrica non venne adottato il sistema a padiglioni, ma le ricoverate v'hanno tutto il comfort desiderabile. — Il sistema a baracche invece venne applicato alla clinica chirurgica di Volkmann, e ne fo cenno per chi fosse vago di applicarlo alle Maternità. — Esso consta di un fabbricato di fronte, da cui si dipartono quattro baracche di legno rivestite di mattoni all'esterno. — Nel fabbricato di fronte havvi la sala d'operazione e la clinica per le paganti. — Le baracche sono della lunghezza di 30 metri circa, della larghezza di 10, e ognuna di esse riceve aria e luce da 12 grandi finestre: sul fianco di ognuna di esse scorre una grande terrazza. — I letti sono in numero di 24-30 per ciascuna: due di esse sono destinate agli uomini, una alle donne, l'altra ai bambini, ed in questa si accolgono i bambini promiscuamente riguardo al sesso, e fino all'età di 10 anni. — Accennarle al vasto materiale operativo fornito dalla clinica di Volkmann, sarebbe invadere un campo non mio: prima di lasciar Halle debbo piuttosto notare come nella clinica di Ols-

hausen abbia visto far uso per la prima volta della sutura incavigliata dopo l'ovariotomia; come il giorno stesso del mio arrivo, sia stato esportato un tumore ovarico a produzioni papillari endogene ed a contenuto emorragico, e come il giorno successivo sia stato operate un piccolo fibroma sessile del labbro posteriore, aggiungendovi l'amputazione parziale del collo, seguita dalla sutura della mucosa mediante filo di seta. — Circa trenta chilometri, che si percorrono in un tratto, senza fermate intermedie, coi treni diretti, separano Halle da Lipsia, cui si discende alla stazione di Magdeburgo, una delle sei stazioni di questa città famosa per le sue fiere, pel suo commercio librario, per la sua università, una delle più antiche della Germania e delle più frequentate. L'istituto ostetrico è posto nella Grimmaischestrasse, che si diparte dalla piazza Augustus, la più grande di Lipsia, e attorno alla quale si trovano il nuovo teatro, l'università, il museo, e riunisce tale piazza con quella del Mercato. — Esso consta di un fabbricato mediano, da cui si protendono verso la strada accennata due ali che delimitano un cortile: le ali sono di costruzione affatto recente essendo state erette due anni or sono. — Il prof. Credé, il 1.° assistente dott. Schütz, il 2.° assistente dott. Sänger ed il 3.° assistente dott. Glitsch hanno alloggio nell' istituto. — Nell'ala sinistra si trovano le cliniche, al piano terreno la policlinica, al 1.° piano la clinica ostetrica, al 2.° la ginecologica. — Nell'ala destra trovasi l'amministrazione, nel corpo centrale l'alloggio del Professore. — I parti vi succedono in numero di circa 400 all'anno: sino a questo momento nel corrente anno si verificarono solo tre casi di morte, uno per eclampsia, uno per emorragia, uno per cardiopatia organica.— È messa in pratica una diligente ed energica profilassi, ed anche quivi si fa molto uso dell'acido fenico, ma non della nebbia fenica durante il periodo espulsivo. — È questa una delle poche cliniche in cui seppi preferito il cefalotribo al cranioclaste. — La cosa che più m'interessò nella visita di questo Istituto fu l'esame di un magnifico esemplare di pelvis obtecta,

descritta alcuni anni or sono da Fehling. — In questo caso si può proprio dire *conveniunt rebus nomina.* — La colonna vertebrale è coricata sulla pelvi, facendo col piano dell'ingresso un angolo di 15 gradi, ed il tetto, per così dire, onde questa è ricoperta, è formato dalle ultime quattro vertebre lombari: dalla 2.ª vertebra lombare al pube vi è una distanza di 3 centimetri, i diametri antero-posteriore e trasversale sono lievemente aumentati. — Il confronto di questa pelvi colle pelvi spondilolistetiche da me già esaminate antecedentemente, e con quella studiata qua in Praga, nelle quali l'ultima vertebra lombare ha scivolato sulla superficie anteriore del sacro mi ha convinto della inopportunità di accomunare le due forme, distinte tanto in base al criterio della forma, al criterio anatomo-patologico, al criterio aritmetico, quanto in base ai segni che possono permettere il diagnostico. — Fu pure per me molto istruttivo l'esame della collezione delle magnifiche preparazioni microscopiche di Leopold sulla mucosa uterina durante la gravidanza, dopo il parto e nel puerperio, sulla trombosi dei seni e sui vasi linfatici dell'utero. — E qui questo cultore delle scienze ostetriche, così dotto, modesto, affabile si abbia i miei vivi ringraziamenti per l'accoglienza fattami e per le vive attenzioni di cui mi volle circondare durante la mia breve dimora in Lipsia. — Il giorno passato in campagna colla sua gentile signora e colla sua gentile cognata, entrambe figlie al prof. Credé, sarà per me uno dei più grati ricordi di questo mio viaggio. — Nella casa di Leopold ho trovato un vero culto per l'Italia, e di questo io lo ringrazio per me e per la mia patria, il cui dolce idioma trova molti cultori nella colta Sassonia. — Vidi a Lipsia una statua di bronzo eretta al fondatore dell'omiopatia; e prima di lasciare la dotta città, come a Francoforte aveva fatto religiosamente una visita alla casa di Goethe, volli quivi discendere anch'io l'oscura scala che conduce alla cantina di Auerbach (Auerbachskeller), ove l'insigne poeta poneva una delle scene più fantastiche del suo Faust.

Da Lipsia per la via di Riesa, ove ripassai l'Elba per la terza volta me ne venni a Dresda, a questa simpatica capitale della Sassonia, che è quivi chiamata la Firenze della Germania. — Ed il confronto sta fino ad un certo punto, per l'eleganza della città, divisa in due parti dall'Elba, per le passeggiate pubbliche bellissime, per gli ameni dintorni, per i colli ridenti che le fanno corona, per la coltura della popolazione, per la ricchezza delle memorie artistiche. — Lo Zwinger, vasto edificio in stile rococò, costituito da sei padiglioni riuniti da gallerie, contiene le collezioni più importanti, il museo, la galleria di pittura, la sala delle stampe, dei disegni, la raccolta dei gessi, che riproducono i capolavori di tutte le scuole, e nella quale potei ammirare la riproduzione dei bronzi di Donatello, delle terre di Luca della Robbia, dei marmi di Michelangelo. — La galleria di pittura va celebrata fra le più belle d'Europa, e contiene quel portento di pittura di Raffaello « la Nostra Signora con S. Sisto e S. Barbara, cosa veramente rarissima e singolare » (Vasari), su cui si affisa stupito lo sguardo del visitatore. — Ma lasciamo l'arte e passiamo alla scienza. Dresda non è sede di università, ma possiede un istituto ostetrico e ginecologico fiorentissimo, posto sotto la direzione di Winckel, che ebbe tanta parte in Germania nel movimento scientifico di quest'ultimi tempi, specialmente nella questione delle Maternità e dell'igiene puerperale. — Traendo tesoro dalle numerose e interessanti preparazioni sulla anatomia patologica degli organi sessuali femminei, che stanno riunite nel museo dell'Istituto, egli sta lavorando da qualche tempo alla loro pubblicazione sotto forma di tavole foto-litografiche, che avranno il merito almeno di non riprodurre eternamente quelle figure che sogliono riversarsi di trattato in trattato di ginecologia. — L'Istituto è posto sulla sinistra dell'Elba, nella Friechichstadt, in una posizione affatto eccentrica, nella Seminarstrasse N. 12. — Continuo a dare i particolari relativi alla ubicazione degli istituti, perchè ciò può servire di utile indicazione a coloro cui prendesse vaghezza di visitare le cliniche

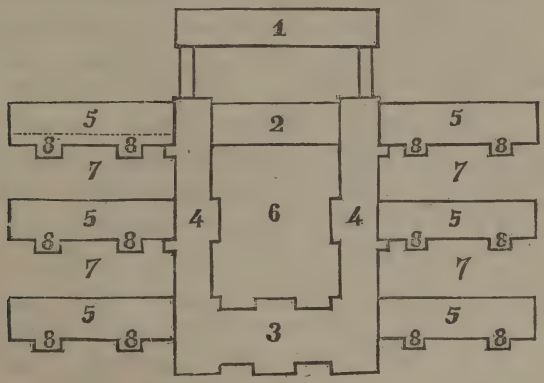
a cui accenno in queste mie lettere. — In esso si hanno annualmente circa 1000 parti colla mortalità di 1,5 %: al momento in cui io visitai la clinica erano avvenuti 620 parti e si contavano nove casi di morte, compresi anche i casi non puerperali. — In questo istituto notai specialmente l'abbondanza dell'areazione e la quantità dello spazio disponibile per cui riesce possibile anche un isolamento su vasta scala. — Vi si istruiscono annualmente circa 40 levatrici. — Nell'ospizio però vi sono camere disponibili per 12 medici, i quali quindi possono in tal modo e senza veruno dispendio trarre profitto dall'abbondante materiale ginecologico ed ostetrico della Clinica. — Ho accennato a questa particolarità, perchè forse a S. Catterina potrebbe istituirsi qualche cosa di simile. — Il professore fa la visita nell'Ambulatorio alla mattina alle 7, ed il dopopranzo alle 4. Nel comparto ginecologico ho visto parecchie donne operate di ovariotomia in via di guarigione: in parecchi casi di carcinoma del collo ho visto esportare tutta la massa neoplastica con cucchiai a bordi taglienti, e quindi cauterizzare la piaga colla galvanocaustica. — Qui, come quasi dapertutto in Germania ebbi campo a discorrere sulla osteomalacia, essendo qui risaputo come disgraziatamente tale affezione sia frequente nella plaga Lombarda; e ciò condusse il Winckel a mostrarmi una pelvi osteomalacica, in cui il cavo pelvico era quasi in totalità abolito, poichè non dava adito che all'apice dell'indicatore.

Ma prendiamo nuovamente l'aire, e rimontando la vallata dell'Elba, percorriamo assieme fino al confine Boemo, quella contrada montuosa, che, per l'incanto de' suoi paesaggi, per la grandiosità di alcuni panorami, per le sue gole selvaggie, ebbe l'appellativo di Svizzera Sassone, e passando con animo mesto sotto agli spalti di Theresienstadt, trasportiamoci assieme a Praga, a questa curiosa ed antica città, capitale dell'antico regno Boemo. — Arrivai di sera e mi avventurai tosto per le vie della città; la mancanza di animazione per le vie, l'aria triste e cupa di quelle case annerite dal tempo, quei lunghi

ed oscuri androni, quelle vecchie torri, volgevano l'animo alla mestizia, e quelle scritte Czeche per me incomprensibili completavano la cornice del quadro, e il tutto trasportava la mia fantasia nei campi popolati da ombre vaganti di Ussiti e di Anabattisti, e dai ricordi degli odî politici e religiosi scatenatisi feroci nei tempi di mezzo. — Di giorno invece, quando il sole risplende sui colli che fanno corona alla città, e sulle isolette formate dalla Moldau, che parte in due la città, allora l'animo si allieta a questo più caro e gradito spettacolo.

Nella Neustadt, sulla riva destra della Moldau, sono posti quasi tutti gli istituti sanitarî, l'ospedale generale, il manicomio, l'ospedale infantile, l'istituto anatomico, l'istituto chimico, l'istituto patologico, l'istituto ostetrico. — Questo, edificato 5 anni or sono, colpisce tosto lo spettatore per la sua forma imponente, per la bizzarria, e per la singolarità della sua forma architettonica. — Già dal punto di vista sanitario generale, indipendentemente dallo scopo speciale a cui deve servire, la sua posizione non potrebbe essere più favorevole. — Isolato da ogni parte, ampiamente aperto alle correnti aeree, il nuovo istituto si erge sul cosidetto Windberg, in vista delle superbe ruine di Wyzehrad. — Questa Maternità costruita secondo un sistema che si approssima a quello a padiglioni, fra tutte quelle da me visitate è quella, a mio avviso, che più soddisfa alle esigenze cui dovrebbe obbedire un edificio di simil natura. Procurerò quindi di darle un'idea esatta di questa complicata costruzione, che forse a preferenza di ogni altra, potrebbe essere presa a modello di una nuova Maternità da erigersi. — L'ingresso principale è nella via di S. Apollinare. — L'orientazione dell'edificio è tale che le sale sono rivolte a Sud-Est, i corridoi a Nord-Ovest; per cui mentre le sale sono aperte alla benefica influenza dei raggi solari, sono difese dai corridoi dalle bufere che si scatenano da N-O. Dal corpo mediano avanzato che si apre sulla via di S. Apollinare, ed in cui trovansi gli ufficî dell'Amministrazione, si protendono all'indietro due grandi ali riunite al loro estremo posteriore

da un piccolo fabbricato ove stanno le cucine, circoscrivendo così un ampio cortile mediano disseminato di aiuole e di alberi. — Da ognuna delle due grandi ali accennate si dipartono lateralmente tre ali secondarie, ciascuna delle quali è percorsa da un corridoio, in cui si aprono le camere. — Ogni camera contiene sei letti, uno dei quali è destinato alla inserviente di guardia. — Le ali secondarie sono separate l'una dall'altra da ampî spazî coltivati a giardino. — Il seguente schizzo varrà forse a rendere facilmente comprensibile la disposizione accennata.



1. Lavanderia — 2. cucina — 3. Amministrazione ed ingresso — 4. Grandi ali: la sinistra per l'insegnamento clinico dei medici; la destra per quello delle levatrici — 5. Ali laterali con corridoio nel quale si aprono le camere delle gravide al pianterreno, delle puerpere al 1.° piano — 6. Cortile e giardino — 7. Giardini — 8. Camerini che si aprono nel corridoio delle ali laterali, per le latrine e per la biancheria sporca.

L'istituto è a due piani, quello terreno per le gravide, il primo per le puerpere: le ale di sinistra sono destinate all'insegnamento clinico dei medici, le ale di destra a quello delle levatrici. — Il primo è suddiviso tra i prof. Breisky e Streng, il secondo è affidato al prof. Weber. — La ventilazione è praticata col sistema di Böhm: vi ha una ventilazione d'estate ed

una d'inverno, questa in diretta relazione col riscaldamento. — L'aria guasta mediante tubi è guidata al disopra del letto. — La distribuzione dello spazio è tale che una partoriente fruisce di una cubatnra di aria di 2300 piedi cubi, una puerpera di una di 1380, e una gravida di una di 1200. — La biancheria sporca viene gettata in una specie di camini, a loro volta riccamente ventilati, per cui essa viene guidata al piano terreno e tosto raccolta. — Quale contrasto tra la nuova Maternità e quella visitata nel 1864 da Lefort, il quale dopo aver lasciatoci un vivo quadro dello squallore che vi regnava, faceva voti per la sua demolizione! — E coll'erezione della nuova Maternità i trionfi dell'arte e della scienza non andarono disgiunti da quelli dell' umanità poichè la mortalità da 8 % discese e si mantenne all' 1,5 %. — In ogni comparto ostetrico vi hanno circa 900 parti. — Breisky dirige poi un comparto ginecologico nell'Ospedale generale. — Anche nella clinica di Breisky l'acido fenico è largamente adoperato. — Vi ho esaminato l'utero esportato, dopo il taglio cesareo, con esito felice: esso mi ha colpito pel suo volume analogo a quello dell'utero della donna osteomalacica da Lei operata. — Il cefalotribo di Breisky è svelto, ma alquanto più pesante di quello Lollini, benchè abbia un'articolazione forse preferibile. Leggendo la Memoria di Wiener sul cefalotribo e sul cranioclaste, e così pure i rendiconti del penultimo congresso dei ginecologi tedeschi, era entrata in me la convinzione esservi certo antagonismo tra la scuola di Praga e quella di Vienna a riguardo di tale questione, e credevo che il cefalotribo fosse preferito nella prima, il cranioclaste nella seconda. — Invece anche in questa clinica questo strumento trova più frequente uso.

Oltre la Maternità, è degna di speciale menzione, e farebbe cosa imperdonabile il cultore di cose ostetriche, il quale omettesse di visitarla, la ricca ed interessante collezione di pelvi collocata, come quasi ovunque in Germania, nell'Istituto anatomo-patologico diretto dal prof. Klebs, che nutre vivaci e calde simpatie per l' Italia. — L'ingresso all'istituto è nella

vicina Windsbergsstrasse: l'assistente dott. Jacksch, figlio del celebre clinico, mi fece gli onori di casa con gentilezza squisita, e spese alcune ore per rendermi più facile l'esame della raccolta delle pelvi, nonchè dei numerosi preparati risguardanti la patologia degli organi sessuali, e così pure debbo ringraziare gli assistenti del prof. Breisky, dott. Johannovski e dott. Fischel, il quale volle essermi compagno e guida in alcune peregrinazioni negli ameni contorni di questa città. — Ma ritorniamo alla collezione delle pelvi di cui alcune meritano di essere ricordate, perchè, o non illustrate o illustrate in questi ultimi anni, non vennero accennate nei trattati più diffusi. — Sarò spiccio, ed indicherò i numeri con cui sono indicati nella raccolta:

67 — Coxitis dextera — notevole obliquità della pelvi: la sinfisi è trasportata verso il lato sano.

2856 — Pelvi con rarefazione estrema del tessuto osseo.

2207 — Pelvi universalmente ristretta con esostosi che unisce l'ultima vertebra lombare al 1.º pezzo del sacco.

2672 — Pelvi con esostosi nella stessa regione, ma talmente situata da simulare una pelvi spondilolistetica.

176 — Cosidetto bacino del pittore (Praga Malersbecken) — uno dei più interessanti della raccolta: anchilosi del femore destro in adduzione: *pelvi molto obliquamente ristretta: sinfisi portata verso il lato sano.*

1974-6 — Pelvi fessa nella sinfisi pubica (Spaltbecken di Litzmann). — È sconosciuta la storia — la distanza fra pube destro e sinistro è di centim. 6,25.

1783 — Cosidetto bacino della Zingara (Praga Zigeunerbecken).— sinostosi di ambo le sinfisi sacro-iliache — D. T. ristretto a mm. 92. C. V. di 11 centim. — fra le tuberosità ischiatiche mm. 91.

Debbo pure accennare ad un bacino obliquo-ovalare, ad un bacino spondilolistetico, e a due bacini con lussazione doppia del femore: di essi non posso trascriverle il numero non aven-

done preso nota. — Dei due ultimi bacini accennati uno apparteneva ad una persona di 30 anni, che al suo 6.° anno di vita aveva sofferto una caduta da una scala, e dopo un anno di degenza a letto aveva ricominciato a camminare. — Ad un esame superficiale colpisce la sua rassomiglianza con un bacino piatto rachitico per i rapporti fra distanza tra le creste e distanza tra le spine, per la divaricazione delle branche ischiopubiche, per l'aumento del diametro trasversale, per la diminuzione dell'antero-posteriore all'ingresso, mentre all'egresso è esso pure aumentato. — Il secondo invece apparteneva ad una persona di 71 anni, e la forma somiglia alla osteomalacica. — Ma anche di pelvi mi sembra di avere discorso abbastanza, e forse mi sono dilungato di più di quanto a taluno potrebbe sembrare opportuno. — Ma, come Ella vede, io sarei stato inescusabile ove avessi tralasciato di parlarne. — Ogni qualvolta impugno la penna per tracciarle queste mie impressioni di viaggio una singolare peritanza mi assale; e scorrendo le mie note, continuo a vagliarle nel timore di accennare a cose superflue o di ometterne altre che potessero presentare reale interesse. — Ma al postutto il dado è gettato, e non mi resta che a sperare nel suo benevolo giudizio e nella benigna critica del lettore che percorrerà queste pagine. — In questo giorno stesso lascio Praga pieno dei tristi ricordi evocati dalla vista del monumento di Radetzky. — Egli è là sul Kleinseitner-Ring portato superbamente in trionfo sullo scudo da otto soldati, e sulla base stanno incise le memorabili, nefaste, ma pur gloriose date di S. Lucia, di Vicenza, di Custoza, di Novara. — Onore ai forti che cadendo preludiarono al patrio riscatto! Domani ai primi albori saluterò le cerulee onde del Danubio e la torre di S. Stefano. Continui a voler bene

al suo affezionatiss.
DOTT. L. MANGIAGALLI.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Volume I. Dicembre 1879.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

CONSIDERAZIONI CRITICHE
SULLE
INDICAZIONI DEL RIVOLGIMENTO
ricavate dai registri della Clinica Ostetrica di Torino

PEL
Dott. GIOVANNI INVERARDI
ASSISTENTE UNIVERSITARIO

(*Continuazione e fine*).

Un ospizio di Maternità nato in un convento, che come tutti i suoi congeneri si compone di camere strette, tutte tra loro comunicanti per lunghi corridoi, in cui l'aria a stento si rinnova per l'angustia e l'elevatezza dell'edifizio; un tale ospizio di Maternità, dico, non è destinato ad approfittare dei recenti trovati dell'igiene ospedaliera. Orbene non farà certo meraviglia se sopra 50 osservazioni di rivolgimenti fatti in questa Clinica e sotto i più lieti auspici si notano 2 decessi, accaduti per processi puerperali. L'uno (osserv. 4.ª) avvenne in un momento in cui l'infezione puerperale dominava epidemica, dalla quale non poterono sottrarsi altre donne, che nello stesso periodo di tempo partorirono normalmente e felicemente. In questo caso il rivolgimento fu compiuto in eccellenti condizioni, l'operazione fu breve e facile. Non è adunque a questa, ma al genio epidemico dominante che devesi l'insuccesso.

L'altro (osserv. 33.ª) riguarda una donna che dalle poche indicazioni che trovansi sul registro e dalla normalità dei puer-

perî delle altre donne, che in quel frattempo partorirono, pare sia stata vittima di un'auto-infezione che avrebbe potuto colpirla anche fuori dell'ospizio. Si può però ragionevolmente credere che se ne fosse stata fuori, questo processo infezioso si sarebbe contenuto entro limiti più angusti, con minore suo danno. Ad ogni modo però la mortalità del 4 % è al certo assai poca cosa, tenuto calcolo dell'ambiente in cui tali atti operativi venivano compiuti.

Quando poi si esaminino i puerperî di queste donne si trovano tutte le modalità che osservansi in tutti i parti, anche i più normali, cioè dal puerperio che decorre per intero secondo la norma, dalle semplici febbri traumatiche, alle parametriti, endometriti e metroperitoniti, febbri settiche; tutti però questi processi in limiti tali da permettere una guarigione più o meno pronta. Il che, quando si considerino i pericoli cui va incontro ogni ricoverata in un ospizio di Maternità, ci dà la più ampia guarentigia, che per la operazione si produssero in queste donne forme morbose che furono di assai poco momento.

Troviamo infatti:

Guarite	Puerperî normali	27	— 54 %
	Febbri traumatiche.	2	— 4 %
	Peritoniti, metroperitoniti . .	4	— 8 %
	Metriti, endometriti, parametriti	13	— 26 %
	Febbri settiche leggiere . . .	2	— 4 %
	Morte d'infezione puerperale .	2	— 4 %
	Totale	50	

Non così va la cosa riguardo al feto. Detraendo dal numero dei feti quello di cui non è fatta sufficiente menzione ed i feti premorti, che sommano alla cifra complessiva di 4, restano solo 46 feti di cui:

Sani e viventi	9	— 19,56 %
Asfittici riavutisi	15	— 32,60 %
Asfittici non riavutisi . . .	22	— 47,67 %
Totale	46	

A rendere così grave la prognosi del feto non concorre tanto l'operazione in sè, quanto la complicazione frequente e dannosa del prolasso del cordone, e il determinarsi artificialmente un parto podalico colle sue funeste conseguenze sul feto.

La 2.ª indicazione di *necessità* è offerta da quei casi di presentazioni inclinate e complicate dell'estremo cefalico, non ridotte dalla natura o dall'arte, la parte mantenendosi mobile ed elevata. Io ho percorso tutti i registri esistenti nella Clinica pel periodo di 20 anni e non ho trovato una sola osservazione che avesse potuto entrare in questo capitolo. I fatti riguardanti le presentazioni inclinate furono tutti terminati felicemente colla leva o col forcipe, per cui posso credere che assai di rado accada al medico pratico di trovarsi costretto a ricorrere al rivolgimento per casi di questo genere.

La 3.ª indicazione di *necessità* al rivolgimento nasce sempre quando un accidente grave, minacciante la vita della madre e del feto, venga rimosso dalla pronta terminazione del parto che non si possa ottenere colla presentazione che si ha. In questa categoria entrano i fatti di emorragia grave durante il soprapparto, di eclampsia, i cui accessi sono soventissimo troncati dalla pronta evacuazione dell'utero; i casi di procidenza funicolare, che minacciano direttamente la vita del feto, ed i casi di parto forzato, per evitare il taglio cesareo *post mortem* nell'interesse del feto, ed in via secondaria della madre, oltre a molti altri casi che per la loro rarità tralascio.

Cominciando dalle emorragie del soprapparto, le distinguerò come suolsi in *emorragie accidentali* ed in quelle da *inserzione viziosa della placenta.* La 1.ª può manifestarsi tanto nel corso della gravidanza, quanto a travaglio iniziato; la 2.ª comincia sempre e si dichiara durante la gravidanza in epoca più o meno lontana dal suo termine durante il riposo dell'utero. Tanto l'una che l'altra possono terminare con una cura adatta e permettere il proseguimento della gravidanza; ma mentre ciò è bastantemente facile osservare nella emorragia acciden-

tale, quando cioè la placenta è normalmente inserita sulla superficie interna dell'utero, è invece assai raro, che succeda a placenta previa, sia essa centrale o marginale. Quando trattasi di quest'ultima, il meccanismo e la causa dell'emorragia essendo il distacco della placenta, prodotto dall'incremento che prende l'utero pel fatto appunto dell'innoltrarsi della gravidanza, che non va di pari passo coll'ampliazione della placenta, di leggieri si intende, che anche quando, ed è ciò che succede di regola, l'emorragia cessa, essa ricompare fra alcuni giorni, per cessare di nuovo e ricomparire sempre più abbondante, finchè si destano le contrazioni uterine, colle quali la natura determinando il parto, cerca di por fine all'emorragia.

Quando la cura che si intraprende non giunge a frenare l'emorragia, l'ostetrico deve fare del suo meglio per svuotare l'utero, insegnando l'esperienza che appena terminato il parto la perdita del sangue viene a cessare. Quivi si presenta la distinzione tra rivolgimento propriamente detto e *parto forzato*. Il quale non differisce dal primo che in ciò che la introduzione della mano si fa forzatamente attraverso il collo chiuso, o non sufficientemente aperto. Di forzato adunque non c'è che la dilatazione del collo e la introduzione della mano. Questa differenza se è utile farsi nei casi di emorragia accidentale, è indispensabile farla nei casi di placenta previa.

L'ostetricia moderna condanna il parto forzato nella placenta previa, poichè se in questi casi il collo dell'utero è sempre più molle e più cedevole, è nello stesso tempo più friabile e con grandissima facilità viene lacerato. E le lesioni che su di esso si determinano pel fatto della forzata dilatazione del collo ed introduzione della mano, sono tali che distruggono del tutto gli apparenti benefizî che si ritraggono dal compimento repentino del parto, e dalla cessazione subitanea dell'emorragia.

I processi puerperali più gravi si osservano infatti nei casi di profusa emorragia, e nei casi di ampia lacerazione del collo uterino. Orbene, queste due cause, già così potenti per sè sole, si trovano riunite sulla stessa persona, quando si ricorra al parto forzato su donna che porti una placenta previa.

Per evitare questo procedimento tanto dannoso per la madre, quanto fortunoso pel feto, il Simpson, che aveva osservato che nei casi in cui la placenta veniva espulsa prima del feto, l'emorragia cessava, anche prima che l'utero si fosse svuotato del maggiore suo contenuto, aveva consigliato di distaccare subito la placenta dalla sua inserzione sul segmento inferiore dell'utero, e por termine in questo modo all'emorragia. La quale, secondo lui, avveniva con un meccanismo, che fu più tardi, specialmente per opera del Barnes, dimostrato erroneo. Ma se con questo metodo di cura si poneva in salvo un numero assai maggiore di madri, non così avveniva del feto, che privato del suo organo respiratorio moriva irremissibilmente di asfissia.

Il Barnes colla sua parola autorevole distrusse la teoria del Simpson che ammetteva che l'emorragia si facesse per la superficie uterina della placenta, nella quale il sangue pervenendo per la parte che ancora era aderente all'utero ne usciva poi per la parte che da esso si era staccata. Come vedesi ciò era fondato sulla credenza erronea, che allora dominava, della comunicazione del sangue materno col fetale della placenta. Il Barnes dimostrò che l'emorragia era indispensabile, e che era da preferirsi averne una sola, anche grande, ma breve, che molte ripetute e frequenti. Comprese che il distacco era necessario per l'uscita del feto, ma non era necessario completo, chè se la placenta poteva rimanere per una parte più o meno grande aderente alla superficie uterina, altrettanta era la probabilità di vita che rimaneva al feto. Bandì dall'ostetricia operatoria il parto forzato nella placenta previa, e propose il suo metodo, che più o meno modificato è l'unico che ancora al giorno d'oggi dia risultati soddisfacenti, permettendo la conservazione di ambe le vite compromesse.

Quanto all'indicazione del rivolgimento nell'*eclampsia* e nelle *procidenze del cordone* è anche quivi questione di opportunità; poichè il pratico dal trovare la presentazione fissa o no sullo stretto superiore, o nella parte più elevata dello scavo, dall'essere l'utero retratto o no, sceglierà nei singoli casi quella

operazione che nel caso pratico presenterà minori difficoltà e pericoli, e maggiore probabilità di pronta riuscita.

Egli è naturale, secondo quanto abbiamo esposto superiormente, che sarà assai più frequentemente indicato il rivolgimento nei casi di emorragia, sia accidentale, sia da placenta previa, che nei casi di eclampsia e di procidenza del funicolo, nei quali potrassi avverare più frequentemente il caso di dover applicare il forcipe, perchè più opportuno. — E ciò perchè quando si ha emorragia, questa si manifesta di solito durante il periodo di dilatazione, quando le membrane sono intatte, e si aspetta con impazienza che giunga il momento opportuno per operare e liberare la donna. E questo momento arriva assai più presto pel rivolgimento che pel forcipe. Nell'eclampsia invece gli accessi scoppiano con maggior frequenza nel soprapparto, e specialmente nel periodo espulsivo di questo; ed allora si darà la preferenza al forcipe, come di più facile applicazione e di minor pericolo per la madre.

Nelle procidenze funicolari il primo compito che deve adempiere l'ostetrico è la riduzione coi varî istrumenti a ciò proposti ed inventati, di cui il migliore è al certo quello del Roberton modificato dall'Hubert, la donna essendo prona. — Se questa riesce, come succede di regola generale, allora non vi ha altro a fare; e nei casi rari in cui la riduzione fosse difficile od impossibile, allora, a seconda dell'opportunità, si sceglierà quello degli atti operativi che prometterà migliore risultato, osservando che questo è in relazione diretta della prontezza con cui si giunge ad estrarre il feto.

Prima di intraprendere la narrazione dei casi che a questo capitolo si riferiscono, aggiungo che anche circondandosi di tutte le prudenze necessarie, e cercando le migliori condizioni del rivolgimento, nei casi di emorragia profusa, questo ha una prognosi più grave che in qualunque altra circostanza. Abbiamo già visto come in condizioni normali e favorevoli, la prognosi deve essere riservata pel feto; e ciò succede maggiormente quando, pel distacco maggiore o minore della placenta,

esso debba approfittare di una limitata superficie ossigenante. Ma la prognosi non è meno grave per la madre, la quale scampata dall'immediato pericolo dell'emorragia che le sovrastava, va poi con singolare facilità soggetta ai processi puerperali, che trovano poca fatica a spezzare queste esistenze, che uno spazio brevissimo separa dalla morte, quand' anche non si manifesti una sincope immediatamente dopo lo svuotamento dell'utero, che si fa mortale per lo sbilancio idraulico nell'albero circolatorio.

L'importanza di questi casi m'induce a riportare, quantunque brevemente, le storie che ho raccolto nei registri della Clinica. Devo aggiungere che non tutti i casi di emorragia imponente, di procidenza del cordone furono in Clinica terminati col rivolgimento, poichè nello scorrere i registri, mi incontrai spesso in applicazioni di forcipe, per metrorragie imponenti sia da placenta previa che accidentali, e pel prolasso del funicolo, con esiti diversi, ma non dissimili da quelli ottenuti col rivolgimento.

È inutile che avverta che nella serie di osservazioni che segue sono raccolte quelle, in cui il rivolgimento era indicato ed opportuno, volendo lasciare per ultimo i casi in cui secondo il mio modo di vedere e le idee pubblicate dalla scuola di esso si è abusato.

51. Anno 1858-59. — Erbivendola d'anni 34. — Pluripara. Pelvi normale. Pres. V. — O. I. S. A. Durata del travaglio 10 ore. — Placenta previa marginale. — L'emorragia era comparsa nel decorso della gravidanza, ma chi la vide non s'accorse della placenta previa. — L'emorragia continua imponente. Un medico della città amministra la segala che non produce effetto utile. — Arriva la donna in clinica quasi esangue ed agonizzante. L'emorragia continua e la dilatazione essendo insufficiente si pratica lo zaffo che resta in sito 1 ora e sospende l'emorragia. Indi lo si toglie e si pratica il rivolgimento, ma poco dopo vien colta da una sincope che la toglie di vita un'ora dopo l'operazione. Feto ottimestre morto in travaglio. — Peso 1450.

52. — Anno 1861-62. — Sp. D. — C. I. D. — Placenta previa centrale. Metrorragia negli ultimi 2 mesi. — In clinica tamponamento respinto dalla placenta che distaccatasi viene espulsa dall'utero. Cessata la metrorragia, si indugiò a praticare la versione per dar tempo alla donna a rimettersi dal profondo abbattimento in cui si trovava. — Si estrae col rivolgimento e lentamente il feto che era già morto. Tuttavia svuotato l'utero una sincope mortale toglie di vita la donna 20 minuti dopo l'atto operativo.

53. — Anno 1864-65. — Sarta d'anni 23. — Pluripara. — Vizio pelvico di primo grado. — Pres. V. Procidenza del funicolo irriducibile. Durata del travaglio 9 ore. Si tenta ridurre il cordone, ma è impossibile. Rivolgimento. — Feto morto asfittico. — Peso 3000. — Leggiera febbre puerperale. — Guarigione.

54. — Anno 1864-65. — Cuoca d'anni 29. — Pluripara. — Pelvi normale. — Pres. V. Durata del travaglio 18 ore. Inserzione marginale della placenta. Non trovasi sul registro altra indicazione che la metrorragia datava da 10 ore e che la donna fu sottoposta al rivolgimento. Feto morto asfittico. — Peso 2200. — Puerperio normale.

55. — Anno 1867-68. — Contadina d'anni 37. — Pluripara. Pelvi normale. — Sp. D. C. I. D. Durata del travaglio 12 ore. Emorragia da placenta previa. Rivolgimento; feto morto per asfissia. Peso 2830. Madre morta per trombosi delle vene uterine con embolia polmonare.

56. — Anno 1872-73. — Sarta d'anni 42. — Pluripara. — Pelvi normale. — Sp. S. — C. I. S. Durata del travaglio 7 ore. Placenta previa marginale. — Emorragia non inquietante. Appena rotto spontaneamente il sacco, il collo essendo sufficientemente dilatato si pratica il rivolgimento che è facile. Feto ottimestre premorto. — Peso 1840. — Puerperio normale.

57. — Anno 1875-76. — Serva d'anni 38. — Primipara. — C. V. 85 mm. Pres. V. O. I. S. T. Procidenza del funicolo. — Tentativi di riduzione. Nel praticare il rivolgimento, durante

l'estrazione le braccia si rilevano ai lati del capo — riduzione. Feto asfittico di 2.° grado riavutosi. — Peso 2500. — Puerperio normale.

58. — Anno 1875-76. — Zolfanellaia d'anni 21. — Primipara. — C. V. 80 mm. — Pres. V. O. I. D. P. — Durata del travaglio 10 ore. — Procidenza del funicolo. Rottosi il sacco delle acque si fa procidente un'ansa del funicolo. La testa non essendo sufficientemente fissa sullo stretto superiore si preferisce il rivolgimento. Feto asfittico rianimato. Peso 2630. Leggiera febbre traumatica.

59. — Anno 1876-77. — Serva d'anni 28. — Pluripara. — C. V. 85 mm. — Pres. V. O. I. S. A. — Durata del travaglio 8 ore. — Procidenza del funicolo. Appena rotto il sacco si fa procidente il funicolo che si tenta di ridurre col metodo dell'Hubert, ma per la sua lunghezza (85 cm.) si rende sempre procidente. Rivolgimento facile. — Feto asfittico di 2.° grado rianimato. — Peso 3120. — Leggiera parametrite sinistra. — Guarigione.

60. — Anno 1877-78. — Contadina d'anni 35. — Pluripara. Pelvi normale. — Pres. V. O. I. S. A. Procidenza del cordone. Rivolgimento dopo tentativi inutili di riduzione colla mano. — Feto sano. — Peso 3000. — Puerperio normale.

61. — Anno 1878-79. — Serva d'anni 37. Pluripara. — Pelvi normale. Pres. V. O. I. S. A. Procidenza di voluminosa ansa di funicolo. Si applica il forcipe tedesco, ma lascia la presa. Allora nell'interesse del feto si ricorre al rivolgimento dopo che era trascorso poco tempo dalla rottura del sacco. — Feto morto asfittico. — Peso 2845. Parametrite doppia. Guarigione.

La prognosi in questi casi è di molto diversa da quella che abbiamo trovata pel rivolgimento fatto per presentazione trasversale in condizioni favorevoli. Le cause che obbligarono il chirurgo ad operare furono tali che mettevano in serio pericolo i giorni o della madre o del feto o di tutti e due. — Fra le prime abbiamo le metrorragie e fra queste quelle prodotte dall'inserzione viziosa della placenta, sia essa marginale o cen-

trale. Fra gli 11 casi sovradescritti 5 appartengono a placente previe, di cui 3 marginali, 1 centrale ed 1 incerta, non essendo sulla storia fatto cenno della specie a cui essa apparteneva. In tutti questi casi, come si vede dal contesto delle osservazioni, il rivolgimento fu praticato nel momento più opportuno. Tuttavia di 5 donne operate 3 morirono in un tempo più o meno breve; ma se ben si considera si scorge che la morte fu prodotta dall'emorragia e non dall'atto operativo le cui conseguenze si fanno sentire ad un tempo più remoto, anche quando per esso succede addirittura una rottura d'utero. Negli altri due casi di placenta previa, le donne scampate dal pericolo dell'emorragia ebbero un puerperio normale.

Dei feti nessuno fu possibile condurre alla luce vivo, ma tutti morirono per anemia prima che avessero potuto venire alla luce.

Gli altri 6 casi si riferiscono a procidenze funicolari, che dopo inutili tentativi di riduzione, la testa essendo ancora mobile ed elevata, e poco atta ad essere afferrata col forcipe, obbligarono il chirurgo al rivolgimento per estrarre rapidamente dalla cavità uterina il feto che era minacciato d'asfissia. Dei 6 feti 1 venne estratto vivente e sano, 3 vennero alla luce in istato di asfissia più o meno grave, da cui furono rimossi con apposite cure, e 2 furono irrevocabilmente perduti, di cui uno morì durante il soprapparto, l'altro diede ancora qualche segno di vita che non fu che agonizzante.

Meno grave la prognosi riesce per la madre, che in tutte e 6 le osservazioni scampò o con puerperio del tutto normale (2) o attraverso puerperî leggermente morbosi (4), che in poco tempo si dissiparono.

Resterebbero ancora 2 osservazioni di rivolgimento che per essere completo dovrei fare entrare in questo capitolo; ma 1 per la sua rarità, l'altro perchè facente parte d'un altro ordine di idee, in cui non voglio entrare, non faccio che citarli. Uno riguarda un caso di rivolgimento praticato per rottura d'utero, l'altro di un parto forzato in fin di vita per evitare il taglio cesareo *post mortem*, tutti e due praticati nell' interesse del feto, la donna essendo perduta.

62. — Anno 1872-73. — Sarta d'anni 37. — C. V. 62 mm. — Tre gravidanze precedenti di cui 2 abortive, 1 con parto a termine lungo e laborioso. Gravidanza attuale a termine. — Durata del travaglio 16 ore 30′ — Pres. V. — Pos.? Questa donna lottò dapprima a casa con tutte le sue forze contro il vizio pelvico che portava, finchè senza sentire alcun scroscio le contrazioni cessarono ed insorse contemporaneamente un dolore vivo all'addome. Venne in Clinica e dalla faccia scomposta, dallo stillicidio di sangue, dal polso celere e piccolo, dal meteorismo e dal dolore vivo all'addome tanto spontaneo che provocato, si diagnosticò una rottura d'utero, per cui per liberare la donna, che spontaneamente non avrebbe più partorito si praticò il rivolgimento che fu facile per la floscezza dell'utero. La donna muore 2 giorni dopo di peritonite, e all'autopsia si riscontra la rottura al lato sinistro anteriore dell'utero in vicinanza dell'orifizio interno. Il feto del peso di 2850 gram. era premorto all'atto operativo.

63. — Anno 1865-66. — Lavandaia d'anni 42. — Tre gravidanze precedenti con tre parti naturali ed a termine. — Pelvi normale. — Gravidanza attuale a termine. Entra in Clinica in corso di broncopolmonite cronica avanzata. Il travaglio di parto la sorprende mentre un filo di vita le rimaneva. Si eseguisce il parto forzato per evitarle il taglio cesareo, col metodo d'Esterle, ma prima ancora che la mano dell'operatore fosse entrata nell'utero la donna muore. Si estrae un feto morto del peso di 2300 grammi.

Per cui questi due rivolgimenti fatti nell'interesse del feto, la madre essendo perduta, fallirono totalmente allo scopo.

Ultima indicazione di necessità al rivolgimento è il *bacino ovalare obliquo del Naegele*, quando il diametro O. F. del feto coincide coll'obliquo minore del bacino materno.

Essendo legge costante del parto che diametri maggiori del feto coincidano con diametri maggiori del bacino materno, in tutti quei casi in cui viene violata questa legge il parto si so-

spende, e più non progredisce finchè non vengano favorevolmente cambiati i rapporti di feto e madre tra loro. Col rivolgimento si ottiene appunto questo scopo, quando si sappia governare l'estrazione in modo da far contrarre al capo fetale rapporti più favorevoli col bacino materno. Anche quivi stanno le regole e le condizioni al rivolgimento che ho sopra indicato; e su questo punto dell'argomento non insisto oltre sia per la rarità del caso, sia perchè non ho nessuna osservazione in proposito da riportare.

Svolte alla meglio le indicazioni per le quali l'ostetrico è costretto al rivolgimento, passo in rivista le indicazioni che fanno di esso un'operazione di *elezione*.

La parola elezione non va però intesa in modo assoluto; resta soltanto per indicare che in alcuni casi noi dobbiamo fare la scelta fra rivolgimento ed altre operazioni. Sta poi nell'oculatezza e nella pratica dell'operatore di vedere quale operazione nel caso concreto sia meno dannosa per la madre e pel feto, e quale nel momento in cui si deve intervenire la più indicata.

Riguardo alla scelta del rivolgimento e del forcipe nelle stenosi pelviche di 1.° grado ho già esposto superiormente le mie idee che sono d'altronde quelle che vengono pubblicate dalla cattedra e poste in pratica dall'egregio mio maestro il professore Tibone.

Là si vede come per la scuola torinese non sia sempre libera la scelta, ma diventi piuttosto questione di opportunità a seconda delle condizioni che si trovano nella partoriente e nel momento in cui giungiamo presso di lei. Per queste ragioni, che furono più sopra brevemente svolte e che non voglio ripetere, si spiega perchè sopra un numero sufficientemente rilevante di rivolgimenti non ho trovato un caso solo in cui si possa senza dubbio affermare che l'operatore abbia ricorso all'operazione di Celso, per la stenosi pelvica o non piuttosto per fare il rivolgimento in buone condizioni per presentazione di spalla, o per salvare il feto minacciato d'asfissia per una pro-

cidenza del funicolo, non essendo le condizioni favorevoli per una applicazione di forcipe.

La 2.ª indicazione di *elezione* riguarda quei casi di stenosi pelvica di 2.º grado, la C. V. non essendo inferiore a 60 mm. nei quali fatta la craniotomia e la cefalotrissia si preferisce estrarre il feto col rivolgimento.

Questa operazione è alcune volte bensì operazione elettiva, ma altre volte è una vera necessità. E ciò può succedere perchè l'ostetrico manchi degli istrumenti necessarî per fare una buona presa sul capo cefalotrizzato, o che questi istrumenti abbiano lasciato la presa. Si sa che i cefalotribi non hanno molto potere traente e che soventi e facilmente lasciano la presa anche colle ultime modificazioni fatte dal Guyon e dal Lollini. Se con queste modificazioni i cefalotribi hanno di molto acquistato riguardo alla loro potenza traente, sono ancora lungi dall'avere raggiunto una perfezione sufficiente, da renderli bastevoli almeno nella grande maggioranza dei casi.

È vero che il Simpson ha dato fuori il suo cranioclaste, di cui se non fu l'inventore fu almeno colui che modificandolo favorevolmente lo ha fatto entrare nella pratica ostetrica. Dopo di lui Barnes e Braun hanno ancora più o meno modificato questo strumento che dà risultati molto migliori del cefalotribo come mezzo traente, perchè fa presa su un punto solo del capo e lascia a questo la possibilità di adattarsi meglio al grado e alla forma della ristrettezza pelvica. Ma pel suo prezzo elevato e perchè anche, come ho detto, molte volte l'armamentario del medico pratico non possiede molti istrumenti di ostetricia, questo non viene acquistato. A ciò si aggiunga il sapere che a questo strumento può sostituirsi il rivolgimento, e facilmente si capisce che quando il cefalotribo lascia la presa diventa necessario il rivolgimento.

Anzi in questi casi è gran ventura che resti all'ostetrico quest'áncora di salvezza che gli permette ancora di liberare la donna e por termine ad un'operazione che se per il feto è mortale non è per certo leggiera per la madre.

Ma dove l'operazione è d'elezione (intesa sempre questa parola nel senso che le abbiamo dato più sopra), è allorquando schiacciata la base craniana col cefalotribo, e fatte trazioni anche vigorose con esso, la presa essendo buona, ciò malgrado la testa non progredisce. Si sa che una testa cefalotrizzata e stretta fra le branche del cefalotribo, forma al dinanzi e al didietro delle branche due bozze dure e resistenti e sufficientemente voluminose, che se il vizio è alquanto rilevante e la forma del bacino non favorevole possono seriamente impedire ogni benchè minimo avanzamento del capo che non può adattarsi alla forma del bacino angustiato. Il cranioclaste invece e gli uncini acuti facendo presa su un punto solo del capo lasciano la possibilità ad esso di adattarsi alla forma del bacino e riescono quindi a fare una presa più solida e ad estrarre più facilmente il capo ed il corpo fetale.

È a questo punto che sorge la questione nella mente dell'ostetrico: rivolgimento, o cranioclaste od uncini acuti? Io non condannerei al certo chi si appigliasse al rivolgimento ed estraesse in questo modo il feto quando esso fosse lontano dai suoi istrumenti, o ne fosse privo affatto; o quando la fretta lo incalzasse per qualche grave accidente sopravvenuto. Ma chi è per poco famigliare alle operazioni ostetriche, chi ha gli strumenti alla portata, come succede nelle cliniche in cui l'armamentario è vicino alla camera del parto farà, secondo me, opera assai migliore, nell'interesse della madre, se preferirà gli uncini acuti od il cranioclaste al rivolgimento. Non ignoro le obiezioni che fanno a questo modo di procedere i fautori del rivolgimento, i quali vorrebbero farne una panacea ostetrica. E sono la presa più solida, che si fa sul corpo del feto, ed il pericolo scongiurato di ferire le parti materne colle scheggie ossee che possono eventualmente farsi strada attraverso le soluzioni di continuità che avvengono sul cuojo capelluto. Ma non mi dimentico pure che in questi casi l'utero è sempre addossato al corpo del feto in modo che il rivolgimento acquista una gravezza particolare. La differenza fra le lesioni che si possono produrre nell'orga-

nismo materno col praticare in tali circostanze il rivolgimento e le lesioni che possono succedere col cranioclaste, debitamente usato, è sensibilissima. Meno grandi potrebbero sembrare le differenze fra i pericoli di un tale rivolgimento e degli uncini acuti che possono sfuggire e offendere seriamente le parti materne. Ma questa obiezione è più speciosa che reale poichè usato colle dovute regole l'ostetrico si premunisce dalle lesioni, che la sfuggita dell'uncino può produrre sulle parti materne.

Per tutte queste ragioni noi optiamo pel cranioclaste e per gli uncini acuti; e quand'anche questi abbiano fallito allo scopo noi siamo nelle stesse condizioni di chi si accinge a fare il rivolgimento subito dopo la cefalotrissia. Ed allora lo pratichiamo, ma solo allora come ultima risorsa.

Seguendo questa via molti casi saranno così definiti, con una prognosi assai più lieta per la madre.

Ed infatti fra tanti casi di cefalotrissia successi in Clinica pel decorso di 20 anni, ne trovo due soltanto di donne liberate col rivolgimento dopo aver praticato la cefalotrissia, gli altri mezzi essendo riusciti vani. Operatore in ambo i casi il professore Tibone.

64. — Anno 1876-77. — Sigaraia d'anni 40. Pelvi normale. Ebbe già 13 gravidanze con 12 parti normali e a termine ed uno prematuro di 7 mesi. — Il travaglio dura da 10 ore. — Pres. V. 1.ª posizione. Procidenza della mano sinistra, procidenza del funicolo, inerzia uterina. Feto morto. — Applicazione di forcipe facile, ma la testa non progredisce. Si pratica la craniotomia, che pure non basta. Si schiaccia la base col cefalotribo Lollini e si fanno con esso delle trazioni, ma sono inutili, il cefalotribo lascia la presa. Si impianta un uncino acuto prima su un'orbita, poi sulla mandibola inferiore, poi sull'occipitale, e si fanno vigorose trazioni, ma tutto riesce vano. Ed in tale stato di cose si ricorre al rivolgimento che riesce a liberare la donna. Il feto era macerato e senza la sostanza cerebrale pesava 3720 grammi, per cui valutando in media di

400 gr. il peso dell'encefalo, si raggiungerebbe da questo feto la notevole cifra di 4120 gr. Leggiera metrite. Guarigione.

65. — Anno 1877-78. — Contadina d'anni 33. — Con bacino piatto rachitico. — C. V. 65 mm. — Primipara. — Durata del travaglio 30 ore. — Pres. V. O. I D. — Gravidanza al principio dell'8.° mese. — Pel grave vizio pelvico si provoca subito il parto prematuro col metodo Tarnier, coll' intendimento di completare il processo operativo cogli atti embriotomici, se lo sviluppo avesse, come dubitavasi, oltrepassato il limite necessario. — Nel soprapparto dichiarasi l' impotenza della natura per sproporzione troppo grande tra la pelvi ed il feto. — Si pratica la craniotomia colle forbici dello Smellie, indi la cefalotrissia col forcipe Guyon. Si applica in seguito il cranioclaste Braun, che come l'uncino acuto usato dopo lascia la presa. Si giunge a liberare la donna col rivolgimento. — Feto ottimestre. Peso 2305 grammi. Leggiera endometrite. — Guarigione.

Lo sviluppo straordinario del capo del primo feto, aumentato ancora dalla procidenza del braccio che ne ingrandiva i diametri, o che riduceva lo spazio utile pel parto, spiega perchè l'applicazione di forcipe non bastò; inoltre se si aggiunge a ciò l'inerzia uterina abbiamo sufficienti dati per spiegare l'arresto del capo nel canale pelvico. La mancanza di sviluppo del 2.° feto ci dà ragione della insufficiente presa del cefalotribo, e la poca resistenza dei tessuti della facilità con cui e cranioclaste ed uncini, lacerando i tessuti, lasciavano anch'essi la presa.

L'inerzia uterina che durò tutto il tempo dell'operazione nel primo caso, ci spiega pure perchè dopo tanti maneggi e dopo che per un certo tratto era discesa nello scavo la testa del feto, pure col rivolgimento fu possibile liberare la donna senza che questa abbia risentito gravi inconvenienti. — Nel 2.° non è detto alcunchè sullo stato di contrazione dell'utero, ma è lecito arguire, se l'istoriografo fu muto su questo punto e sul modo col quale venne praticato il rivolgimento, che l'utero presentava

ancora qualche alternativa di contrazioni e pause regolari, che, anche ad acque scolate, tutte le altre condizioni sussistendo, rendono possibile l'operazione di Celso.

Del resto poi in ambi i casi non era questione di elezione, ma dura necessità, essendo esaurite tutte le altre risorse che in simili casi dispone l'ostetricia operatoria.

Se però in teoria è lecito stabilire limiti e confini netti e precisi per ogni operazione, in pratica poi alcune volte ci troviamo di fronte ad alcuni casi che, se per certe condizioni vanno posti in una categoria, per altri appartengono ad una categoria diversa. Sta appunto, nel saper distinguere e scegliere la via migliore, la valentia e la perizia dell'operatore. Di ciò non si possono dare regole precise; la Clinica è la sola che possa guidare l'operatore. È perciò che in alcune storie che riporterò brevemente, quantunque mancassero alcune condizioni favorevoli pel rivolgimento, il clinico lo preferì ad altri atti operativi, che sebbene meno pericolosi di questo per la madre, erano funesti pel feto, che presentava ancora grandi probabilità di venire alla luce vivente. Sono quelle eccezioni, che nel campo pratico si presentano soventi, che sono dal tatto clinico dell'operatore riconosciuti, e che richiedono pure un'eccezione nel modo di governarsi.

66. — Anno 1858-59. — Serva d'anni 30. — Pelvi normale. Una gravidanza precedente terminata con aborto. — Gravidanza attuale a termine. — Sp. S. — C. I. S. Acque scolate da tempo non lungo, utero retratto, parte presentata innoltrata. Il feto essendo vivente e sano, si decide di praticare il rivolgimento nell'interesse del feto che nasce asfittico e gracile. Però viene rianimato. Peso 2300 gr. Nel puerperio la donna si ammalò di febbre tifoidea di cui guarì. Oggi forse trovandosi dinnanzi ad un caso analogo si preferirebbe favorire l'evoluzione pelvica, che è dimostrata essere più innocua e più facile di quanto allora credevasi; pur tuttavia non saprei condannare chi con feto perfettamente sano, la donna in buone condizioni generali, praticasse il rivolgimento. E specialmente allorquando

avevasi poca fiducia nell'evoluzione pelvica, e l'alternativa tra il rivolgimento e l'embriotomia.

67. — Anno 1868-69. — Donna di casa d'anni 33. — Pelvi normale. — Quattro gravidanze a termine. — La prima terminata spontaneamente in pres. V. La 2.ª e 3.ª in pres. podalica, la 4.ª col rivolgimento per pres. di Sp. Durata del travaglio 30 ore. — Gravidanza attuale a termine. Fuori dalla clinica un medico, d'ordine della levatrice, pratica un salasso per inerzia uterina; indi tenta il rivolgimento, che fallisce, ed invia la donna in clinica. Quivi si pratica con facilità il rivolgimento, quantunque l'utero fosse in istato di semicontrazione permanente. Si estrae un feto morto del peso di 3520 gr. Il puerperio fu normale. — L'atto operativo facile.

In questo caso si pratica il rivolgimento quantunque un tentativo fosse già fatto, cioè quando alcuni lo avrebbero creduto sconveniente. Ma non è certamente in clinica che si è abusato del rivolgimento poichè dopo un attento esame, riconosciuto che l'operazione sarebbe stata praticata senza difficoltà, si credette possibile la versione che riuscì con facilità. Se errore ci fu, lo si deve attribuire a chi richiesto in buone condizioni, non seppe condurre a buon fine un atto operativo che non fu difficile qualche tempo dopo, e poichè un tentativo era già stato fatto. È piuttosto la conseguenza di un altro difetto che coglie in genere i medici in fatto d'ostetricia, la timidezza con la quale si intraprendono le operazioni ostetriche. In questo stato di animo, se l'atto operativo non decorre con quella facilità e speditezza che il medico si aspettava, si comincia a dubitare delle proprie forze e delle proprie cognizioni, si perde quella calma, condizione principale per condurre a buon termine ogni operazione chirurgica e specialmente ostetrica, si dimenticano le norme che devono guidare l' atto operativo, si spinge e si tira in tutte le direzioni con quella furia forsennata di chi sa di aver perduto la via, e di non saperla più ritrovare. È in queste condizioni che succedono i più sconfortanti disastri. E

difatti nell'osservazione precedente un medico, che dietro l'ordine di una levatrice pratica un salasso per inerzia uterina, introdotta la mano nell'utero per praticare il rivolgimento, allorquando per questo tutto era preparato e favorevole, si ritrae dopo le prime prove ed indietreggia dinnanzi a difficoltà che dovevano al certo essere insufficienti, dimostra di aver avuto poca confidenza di sè. La conseguenza di ciò fu la morte del feto che forse non sarebbe avvenuta, se fosse stato estratto più per tempo.

68. — Anno 1868-69. — Filatrice d'anni 31. — C. V. 90 mm. 5 parti antecedenti normali ed a termine (1 solo feto vivo). — Gravidanza attuale a termine. Durata del travaglio 30 ore.— Sp. S. — C. I. D. Portata in clinica la donna col braccio procidente, sul quale si erano già fatte trazioni fu subito praticato il rivolgimento, che non fu difficile. — Feto morto. — Peso 3290. — Puerperio normale.

In questa osservazione evidentemente non esistevano le migliori condizioni pel rivolgimento; pure non ho creduto di metterlo fra i casi in cui questo era assolutamente controindicato, poichè l'utero non essendo retratto, e la parte presentata non troppo innoltrata nello scavo, la versione poteva ancora senza lesioni di rilievo praticarsi.

69. — Anno 1869-70. — Cuoca d'anni 24. — Pelvi normale. — Un parto naturale ed a termine. — Gravidanza attuale a termine. — Durata del travaglio 50 ore. Sp. D. — C. I. D. — Acque scolate da molto tempo. Utero inerte. — Si pratica il rivolgimento. — Feto asfittico riavutosi. — Peso 2600 gr. — La madre muore di metro-peritonite (Epidemia).

70. — Anno 1872-73. — Donna di casa d'anni 30. — Pelvi normale. Dieci parti a termine e normali. — Gravidanza attuale a termine. — Durata del travaglio 37 ore. — Sp. D. — C. I. D. La donna fu condotta in clinica con membrane rotte spontaneamente ed utero retratto, donna esausta, polso 116. Non essendo molto innoltrata la presentazione si pratica il rivolgimento nella posizione inglese (fianco sinistro), si afferra

un poplite, ma la mano viene paralizzata; si tenta di applicare un uncino ottuso, ma riesce impossibile. Si corica la donna sul dorso, colla stessa mano si afferra un piede che si giunge a tirare in vagina. — Evoluzione ed estrazione facile. — Feto premorto. Peso 2450 gr. Leggiera endometrite. — Guarigione.

Ho raggruppato assieme queste due storie perchè sono quelle che per molto tempo ho considerato se dovessi porre fra quelle in cui l'ostetrico seguì una via da condannarsi. Ma perchè assolutamento non era controindicato il rivolgimento, e poi perchè non mi si accusasse di troppa severità nel mio giudizio, le ho poste quivi. Del resto il lettore le può mentalmente porre fra quelle che sono riportate in seguito, giacchè le conclusioni che stanno come corollarî di queste mie considerazioni non sono per nulla modificabili.

Nel 1.° caso la lunga durata del travaglio, le acque da lungo tempo scolate sono dati che non stanno al certo per un facile ed innocuo rivolgimento. L'evoluzione spontanea non potevasi sperare con un utero inerte, poichè essa richiede contrazioni lunghe e gagliarde. Forse potevasi tentare l'evoluzione pelvica artificiale, con trazioni sul braccio e cogli uncini ottusi che sono però pel feto più dannosi del rivolgimento. Infatti il feto fu salvo, e se per la madre l'esito fu infausto non lo si deve attribuire tutto alle meno buone condizioni nelle quali fu compiuta l'operazione, ma in gran parte all'epidemia puerperale.

E ciò riceve conferma dal considerare le lesioni certamente più gravi che devono essere successe nelle parti genitali della donna registrata per ultima. Ciò non ostante per il soddisfacente stato igienico dell'Istituto in quei giorni, la donna sofferse assai meno, e non ebbe che una leggiera endometrite, che passò a guarigione in pochi giorni.

La poca confidenza che ordinariamente si ha nell' evoluzione o spontanea o favorita con trazioni fatte colla mano, o con istrumenti inoffensivi al corpo del feto è al certo la precipua causa del campo troppo ampio che si fa in generale dai pratici al rivolgimento. Ed infatti si crede che in ogni presen-

tazione di spalla sia sempre indicato il rivolgimento, e che non debbasi passare ad altri atti operativi se non quando non riuscì. Ed è fortnna quando un solo tentativo viene fatto per rivolgere il feto, chè molte volte assai più se ne fanno. Prova ne siano quei casi, che sono caduti sotto l'osservazione di chiunque abbia passato qualche tempo nelle Maternità, di donne cioè con parti genitali edematose, lacere e gangrenose, in cui a stento si distingue all'esplorazione la vagina e l'utero veramente a brandelli dalle parti fetali colpite anch'esse da necrosi. Dinnanzi a tanto sfacelo si è obbligati ad operare pel solo scopo di non vedere una donna discendere nella tomba col prodotto del concepimento nel suo seno.

Ad onore dell'ostetricia e dei suoi docenti, che ne seppero porre lo insegnamento in condizioni assai più favorevoli e proficue pei giovani, che ne intendono tutta la importanza, questi casi vanno diminuendo di anno in anno; e voglio sperare che non sarà lontano il giorno in cui i medici sicuri della via che dovranno seguire faranno una medicina davvero conservatrice ed umanitaria.

Uno dei più strenui campioni che in questi giorni ha innalzato la sua autorevole voce intorno a questo argomento, e che lo ha trattato da vero apostolo è il Chiara di Milano. In una sua Memoria dal titolo « *La evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione* », getta le prime basi della guerra che muove all'abuso del rivolgimento, e questa guerra viene seguitata con 3 fatti clinici riportati negli « Annali di Ostetricia-Ginecologia e Pediatria », nel N.° di Maggio u. s., di cui riporto solo quivi il titolo-sommario, rimandando all'originale il lettore che ne desiderasse più minuti particolari.

Fatto 1.° — Secondipara. Gravidanza verso il termine del 7.° mese, parto prematuro spontaneo. Pres. di piano laterale. Tentativi di rivolgimento di 4 medici. — Strappamento del braccio, doppia rottura dell' utero. — Invio della donna all'Ospizio, dove in travaglio da 8 giorni circa muore 24 ore dopo liberata.

Fatto 2.° — Multipara. — Gravidanza a termine. Pres. di spalla. Alcuni tentativi di versione a casa. — Ricovero della donna nell'Ospizio. — Stato generale e locale buono. — Evoluzione spontanea già nel 3.° tem. — Complemento con l'uncino. — Puerperio normale.

Fatto 3.° — Primipara. — Gravidanza nel 7.° mese. Parto prematuro spontaneo. — Pres. Sp. Due tentativi infruttuosi di versione a domicilio. Invio della donna all'Ospizio in condizioni non gravi. Complemento rapido e innocente dell'evoluzione con l'uncino acuto infitto sotto l'angolo della scapola sinistra. — Puerperio fisiologico.

L'esito a cui andò soggetta la donna di cui è fatto cenno nel « fatto 1.° » mette maggiormente in rilievo la rettitudine dell'operato negli altri due fatti che seguono, ai quali aggiungo alcune delle principali storie che trovo narrate nei registri della nostra clinica e che serviranno a delineare chiaramente la condotta da tenersi in casi a questi consimili.

Esporrò dapprima le osservazioni di evoluzione spontanea, che invero sono poche, indi quelle di rivolgimento praticato, quantunque fosse stato più o meno formalmente controindicato, poi i casi di evoluzione artificiale e di embriotomia praticata, essendo svanite le condizioni favorevoli per la versione.

A titolo di conclusione farò seguire alcune proposizioni che termineranno questo qualsiasi lavoro.

71. — Anno 1863-64. — Cucitrice d'anni 24. Un parto normale ed a termine. — Pelvi normale. — Gravidanza attuale a 7 mesi. — Present. Sp. — Evoluzione spontanea. — Feto macerato. — Leggiera febbre puerperale. — Guarigione.

72. — Anno 1868-69. — Nastraia d'anni 20. Primipara. — Pelvi normale. — Gravida di 9 mesi. — Durata del travaglio 24 ore. — Sp. D. — C. I. D. Si introdusse la mano posteriormente invece di introdurla anteriormente. Si afferrò un piede e si trasse in vagina dal lato del dorso, per cui il feto invece di fare l'evoluzione spingeva in basso vieppiù la spalla impegnata, per modo che veduta la possibilità di far eseguire al feto l'evo-

luzione pelvica si abbandonò il piede e si trasse sul braccio. Evoluzione pelvica. — Feto morto. — Peso 1920 gr. — Puerperio normale.

73. — Anno 1863-64. — Primipara d'anni 20. — Pelvi normale. — Gravida di 8 mesi. — Sp. S. — C. I. S. — Evoluzione spontanea. — Feto morto asfittico. — Puerperio normale.

74. — Anno 1869-70. — Cucitrice d'anni 42. — Rachitica (non è fatto cenno della conformazione della pelvi), 5 parti naturali ed a termine, ed uno operato di cefalotrissia. — Gravidanza attuale di 7 mesi. — Durata del travaglio 8 ore 45′ — Sp. D. C. I. D. Evoluzione pelvica favorita con trazioni sul braccio. Feto morto. — Peso 1900. — Puerperio normale.

In tutte queste donne la pelvi era sufficientemente ampia, il feto prematuro, in 3 morto in travaglio, in 1 macerato, contrazioni regolari. La durata del travaglio in 2 non accennata, in una di poco superiore alla media (24 ore), quando si consideri lo stato di primiparità della partoriente, nell'ultima fu sorprendentemente breve (8 ore, 45′). Il puerperio fu in *tre* normale, in *una* leggermente morboso per leggiera febbre puerperale che potrebbesi spiegare collo stato del feto che era macerato.

Ma in queste osservazioni lo spazio pel parto in confronto al feto era straordinariamente ampio, essendo tutti i feti prematuri, onde mi si potrebbe avanzare l' obiezione che dato un feto a termine con bacino normale non si avrebbe a sperare tanto. Ma il seguente fatto che ho appreso conversando col mio maestro il professore Tibone, dimostra che con un bacino ed un feto normale succede anche di osservare l'evoluzione spontanea pelvica anche in fin di gestazione. Egli fu un giorno richiesto presso una partoriente che portava un feto in presentazione di Sp. Accorre subito e quando fu presso la donna trovò il parto compiuto spontaneamente con un feto morto e con segni evidenti di parto per la spalla. La pelvi normale, il feto a termine, il puerperio fisiologico.

Quantunque lo stato di pluriparità favorisca, diminuendo

le resistenze, l'evoluzione spontanea, pure il breve tempo che impiegò il feto a descrivere i moti meccanici del parto per la spalla dimostra quanto siano esagerate le apprensioni di coloro che poco o nulla sperando sull'evoluzione spontanea praticano il rivolgimento in ogni circostanza.

Passiamo ora a vedere cosa dobbiamo sperare da un rivolgimento praticato in momenti ed in condizioni inopportune. Le storie cliniche ci forniranno il materiale per formulare le deduzioni pratiche, che dovranno informare la nostra condotta.

75. — Anno 1858-59 — Tabaccaia d'anni 24. — Pelvi normale. — Due parti naturali ed a termine. — Gravidanza attuale a termine. Pres. Sp. S. — C. 1. D. Una levatrice abusiva non riconosce la presentazione, e dopo molto tempo vedendo che il parto non progrediva amministra una forte dose di segale cornuta; 21 ore dopo chiamato un medico, fa due tentativi infruttuosi di rivolgimento; 3 ore dopo ritenta per la terza volta nelle stesse condizioni e collo stesso risultato l'atto operativo.

Inviata la donna in Clinica viene tentata per la 4ª volta la versione, ma la mano dell'operatore viene paralizzata. Si pone la donna in un bagno, si pratica un salasso. Si amministrano oppiati, e qualche ora di poi il prof. Giordano tenta per la 5.ª volta di estrarre il feto colla versione. Con grandissima difficoltà entra nell'utero e riconosce che per i ripetuti tentativi, mentre il dorso del feto era rivolto in avanti, il sacro ed i piedi erano rivolti posteriormente. Estrae di nuovo la mano, la introduce colla stessa difficoltà posteriormente, giunge ad afferrare un ginocchio che trae in vagina, ma l'evoluzione non si fa. Allora introduce l'altra mano colla stessa difficoltà, afferra l'altro ginocchio e l'evoluzione si fa facilmente coll'estrazione di un feto morto in travaglio e con segni di iniziata putrefazione. La puerpera muore in 6ª giornata di metro-peritonite. Peso 3100.

76. — Anno 1859-60. — Serva d'anni 31. — Pelvi normale. — Un parto naturale ed a termine. — Durata del tra-

vaglio 52 ore. — Parto gemello — 1°. feto pres. podalica — — 2° feto pres. Sp. D. — C. 1. D. Compiutosi il parto del primo feto, l'utero si contrasse debolmente. *Non essendo disposte le cose pel rivolgimento* (si sente nella saccoccia amniotica il braccio procidente ed un'ansa del funicolo normalmente pulsante) si aspetta; ma la donna perde le acque durante la notte senza dir nulla, ed all'esame della mattina susseguente si trova che la parte presentata è già alquanto innoltrata, l'utero retratto; si amministra un bagno che produce buoni effetti, facendo scomparire la tetania dell'utero, e si pratica il rivolgimento introducendo la mano sinistra, poichè si era fatto diagnosi di pres. di Sp. S. L'operazione si compie facilmente. Le placente erano divise. La donna muore di febbre puerperale. Il feto era morto in soprapparto, e venne alla luce con segni di incominciata putrefazione.

77. — Anno 1861-62. — Rivendugliola d'anni 40. — Pelvi normale. — 8 parti di cui 4 in pres. V, e 4 in pres. trasversale. Gravidanza attuale a termine. — Sp. S. — C. 1. D. Rivolgimento difficile. Amministrazione di segala cornuta fatta da inesperta mammana. Puerperio normale. — Feto asfittico — morto. — Peso 3100 gr.

78. — Anno 1862-63. — Sopressatrice d'anni 24. — Pelvi normale. — 1 parto naturale ed a termine. — Gravidanza attuale a termine. — Sp. S. — C. 1. D. Tentato il rivolgimento fuori della clinica con utero retratto. Le si amministra un bagno e poco dopo si pratica il rivolgimento non facile. Feto morto. — Peso 2500 gr. Morte della donna al 7.° giorno di puerperio per peritonite generale.

79. — Anno 1863-64. — Cucitrice d'anni 41. — 18 parti normali ed a termine. — Pres. V. — O. 1. S. Varietà frontale. — Placenta previa. — Parto forzato. — Feto gracile — morto. — Peso 2400 gr. Donna morta in 4.° giornata.

80. — Anno 1867-68. — Contadina d'anni 24. — Pelvi normale. — 2 parti normali ed a termine. — Gravidanza attuale a termine. — Durata del travaglio 24 ore. — Sp. S. — C. 1. D.

Viene portata in Clinica questa donna che aveva scolate le acque già dal giorno prima. Al mattino del giorno d'entrata viene amministrata da una levatrice una forte dose di segale. All'entrata si nota affanno di respiro — abbattimento — polso piccolo e frequente — 126. — Temp. aumentata, agitazione somma, labbra cianotiche. — Frequenti e valide le contrazioni. — Procidenza della mano sinistra, edema vulvare. Rivolgimento facile. — Feto macerato. — Peso 3050. — La puerpera muore il giorno dopo. All'autopsia si trova un'ampia lacerazione sul collo che è interessato in tutta la sua lunghezza in rapporto colla sinfisi sacro-iliaca sinistra, inoltre tutto il labbro corrispondente del collo distaccato dall'inserzione vaginale.

81. — Anno 1868-69. — Serva di abito rachitico d'anni 31. — Bacino piatto scogliotico. — C. V. 75 mm. Primipara. — Gravidanza di 9 mesi. — Durata del travaglio 23 ore. Pres. V. — O. 1 S. A. con procidenza di un braccio (sinistro) e di un'ansa del funicolo. Sacco rotto da 12 ore. — Utero retratto. — Testa fissa sullo stretto superiore. Feto morto. — Si pratica il rivolgimento che non fu facile per le difficoltà che provò la mano a rimuovere il capo fetale. — Si estrae il tronco, ma il capo è arrestato dalla ristrettezza pelvica. Si applica il cefalotribo (non è detto se fu fatta precedere la craniotomia) sul capo posteriore al tronco, e si fanno 3 applicazioni, indi cogli uncini acuti (non è detto il luogo d'impianto nè il numero delle trazioni) si libera la donna, feto morto. — Peso 2900 gr. In 3ª giornata di puerperio scoppia la peritonite e in 5ª giornata avviene la morte. C. V. 75 mm. Diam. Tras. 70 mm. Diam. Obl. 100 mm. Microcorda destra 65 mm. Microcorda sinistra 70 mm.

82. — Anno 1871-72. — Negoziante d'anni 36. — Rachitica. — Primipara. — Gravidanza a termine. — Pres. V. con piedi e cordone procidenti. Si amministra da una levatrice la segala e viene poi tentato da un medico fuori della Clinica il forcipe ed il rivolgimento, ma invano. Trasportata in clinica in cattivissime condizioni e colla febbre fu liberata colla cranioto-

mia e colla cefalotrissia. Ebbe grave metro-peritonite, da cui per somma ventura campò.

83. — Anno 1871-72. — Contadina d'anni 24. — C. D. 85 mm. Bacino generalmente ristretto da nanismo. Primipara. — Gravidanza a termine. — Durata del travaglio 21 ore. Pres. trasversale. — Operata di rivolgimento fuori della clinica. Estrazione del tronco fino al capo che resta trattenuto allo stretto superiore. Viene inviata in clinica col tronco fuori dei genitali penzoloni. — Estrazione del capo in clinica afferrando la mandibola inferiore. Feto morto in travaglio. — Peso 2340. — Endo-metrite. — Guarigione.

84. — Anno 1872-73. — Contadina d'anni 26. — Pelvi normale. — 3 gravidanze con parti normali ed a termine. — Gravida di 9 mesi. Durata del travaglio 13 ore. Pres. Sp. D. — C. 1. S. Emorragia accidentale. — Ergotina fuori della clinica. Rivolgimento ad utero retratto. — Feto premorto. — Peso 3920 gr. Metro-peritonite. — Morte.

Ogni parola che io aggiungerò a queste brevi storie cliniche parrà superflua essendo già per sè stesse troppo istruttive. Pure qualche cenno è necessario. Tralascio di parlare dell'osservazione 79ª in cui trattasi di un parto forzato in placenta previa, poichè di questo argomento già tenni parola, e alla condanna che allora pronunziava contro questo metodo viene in appoggio l'esito infausto che si legge in questa osservazione.

Ricordo solo che nelle osservazioni 75-76-77-78-80-82-84, trattasi di rivolgimenti compiuti in uteri retratti o per il lungo tempo trascorso dalla rottura delle membrane e dallo scolo delle acque, che in questi casi avviene in modo completo, o per l'amministrazione improvvida della segala cornuta. Non è che questo agente terapeutico non possa venir usato nel soprapparto e con profitto, ma la conoscenza precisa delle sue indicazioni e controindicazioni deve essere poggiata sopra condizioni speciali che non è facile il saper rilevare. Inoltre i benefizî che dalla sua amministrazione possono venire ricavati, si possono ottenere da altri mezzi assai meno nocivi e perico-

losi di una inopportuna amministrazione dell'ecbolico. Di queste sei donne una soltanto ebbe puerperio fisiologico, le altre soccombettero, e dinnanzi a queste eloquenti cifre non fa bisogno aggiunger parola.

L'osservazione 75.ª che è la prima di questa serie ci insegna di quanto danno sieno per la donna i ripetuti tentativi di rivolgimenti ad utero retratto. E se solo la perizia di un ostetrico valente, il prof. Giordano, direttore della clinica, seppe terminare il parto col rivolgimento, quella ne riceve lustro, questo viene condannato e ristretto nei suoi veri confini.

Passando ora a studiare il contenuto dell'osservazione 76.ª dichiaro che mi è riuscito alquanto strana la narrazione che di essa vien fatta dal suo redattore.

Si legge che dopo l'uscita di un primo feto, le cose non erano disposte pel rivolgimento per un secondo feto in presentazione di spalla, essendovi la dilatazione sufficiente, le membrane integre e sentendosi nel sacco un braccio ed un'ansa del funicolo. Ma non basta. Potrebbesi chiedere che fosse disconosciuta la presentazione e lasciato quindi a sè un parto creduto normale. Ma la procidenza del funicolo per sè non permetteva all'ostetrico di allontanarsi dalla donna, alla quale la dilatazione della bocca uterina essendo completa poteva avvenire ad ogni istante la rottura del sacco e la procidenza del funicolo sempre nociva pel feto. Non sarebbe stata cosa saggia rompere il sacco, la dilatazione essendo completa e ridurre il funicolo? Allora si sarebbe chiarita la presentazione e la posizione del feto e, praticato il rivolgimento in eccellenti condizioni, avrebbe avuto certo esito alquanto diverso per amendue le creature. Ciò che si può arguire dal contesto della storia stessa in cui è esplicitamente detto che l'utero era flaccido ed il funicolo normalmente pulsante. Noto per ultimo che nella storia esistevano due placente perfettamente divise e divisi pure i due sacchi. Poteva adunque succedere che nella notte in cui la donna fu senza assistenza, poichè nessuno s'accorse della rottura delle membrane, si fosse operato il distacco spontaneo della placenta

e comparsa un'emorragia in breve mortale. — Feto e madre morirono: della morte del feto fu causa certa il ritardo dell'intervento chirurgico, che non fu ultima causa della morte della madre.

Ho voluto porre l'osservazione 83ª fra queste poichè mi è parso che ha certamente abusato dei rivolgimento chi, dopo aver estratto il feto fino alle spalle, lo lascia col capo nei genitali condannandolo a certa morte, mentre arrivato in clinica penzoloni fra le gambe della madre, viene con facilità estratto afferrandolo per la mandibola inferiore. E notisi che una pelvi che misura 85 mm. nella C.D poteva avere certamente poca importanza in questo caso in cui il feto non pesava che 2340 gr.

Escludendo quest'ultima osservazione in cui si è abusato del rivolgimento a danno del feto, che avrebbe potuto essere salvo quando l'atto operativo fosse stato condotto colle debite regole, rimangono 9 osservazioni di versione praticata in condizioni sfavorevoli. Di esse 8 riguardano rivolgimenti praticati ad utero permanentemente contratto, ed 1 appartiene ad una placenta previa operata di parto forzato. In questi nove casi *nessun* feto fu salvo e 7 donne trovarono la morte, portando perciò la mortalità dei rivolgimenti in condizioni difficili alla proporzione del 77, 7 %.

Dinnanzi ad un risultato simile ci accingeremo noi a fare un rivolgimento quando l'utero non entrasse più di quando in quando in calma, quando la parte presentata fosse innoltrata? Certamente no. Ma se l'utero di quando in quando entra in uno stato di riposo e che la presentazione sia innoltrata è necessario fare una distinzione a seconda della presentazione. Se trattasi di presentazione cefalica la risposta negativa sta sempre, ed il forcipe è il solo strumento chiamato dalla circostanza. Non nascondo che nella presentazione di faccia, ad esempio con rotazione posteriore del mento, molte volte il forcipe è impotente. A tale scopo un artefice della città sta costruendo, dietro il suggerimento del professore Tibone, un forcipe in cui manchi la curvatura pelvica, per usarlo in tale cir-

costanza, onde evitare le due applicazioni di forcipe, che sono indispensabili per condurre il mento sotto la sinfisi pelvica, se il forcipe è curvo. L'idea in teoria non ha nulla in contrario: la pratica darà l'ultimo suo responso. Ma può succedere che la faccia non roti; ed allora certo non ci accingeremo al rivolgimento, che ci obbligherebbe a risospingere nella cavità uterina il capo che ne è già in gran parte fuori, per poterci aprire la via per penetrare nell'utero e compiere la versione.

Lo stesso dicasi per la presentazione di vertice già impegnata, in cui per qualche incidente sia necessario terminare artificialmente il parto.

Nelle presentazioni trasversali si deve essere meno rigorosi. Se l'utero non è spasmodicamente e permanentemente contratto, se ad intervalli più o meno lunghi si tocca ancora flaccido e non contratto; anche che l'acromion sia arrivato in vicinanza dello stretto inferiore io praticherei il rivolgimento ancora, ad una condizione però che il feto fosse vivo. A differenza dei casi in cui si fa la presentazione cefalica, quivi non è necessario risospingere nella cavità uterina la parte che si è impegnata, per penetrare colla mano nell'utero. In qualche punto preferibilmente al dinnanzi del feto è possibile con una certa facilità alla mano di penetrare nell'utero e compiere la versione. Colla evoluzione del feto la spalla s'innalza quasi sempre spontaneamente, ed allora il rivolgimento ha un esito favorevole pel feto e per la madre, tenuto calcolo ben inteso delle conseguenze che ha per il feto un parto podalico e per la madre un parto difficile.

Se il feto è vivo e l'utero tetanicamente contratto, il rivolgimento è sempre dannosissimo e come tale sempre controindicato. In questo caso l'ostetrico dovrà cercare in ogni modo di favorire l'evoluzione pelvica o con trazioni sul braccio, o con trazioni fatte direttamente colla mano sulla parte più lontana ed elevata del corpo del feto.

Quando il feto fosse morto si deve procedere alquanto diversamente se la posizione è dorso-anteriore o dorso-posteriore.

Nelle dorso-anteriori si comincierà dal praticare una apertura nella parete toracica che è più accessibile colle forbici dello Smellie. Si cercherà di estrarre i visceri dalla cavità toracica, e se ciò non basta anche quelli della cavità addominale. Nella quale è possibile penetrare per l'apertura stessa praticata nella parete toracica, forando il diaframma che è sempre molto facilmente accessibile. Indi cogli uncini acuti impiantati sulla parte più elevata della colonna vertebrale si tenterà di fare eseguire l'evoluzione podalica.

Nelle posizioni dorso-posteriori l'occipite si colloca sulla sinfisi sacro-iliaca e più specialmente nel cavo che trovasi tra la base del sacro e la colonna lombare e l'ala dell'osso iliaco, e non potendo per queste due salienze considerevoli portarsi nè dall'una parte nè dall'altra resta fisso ed immobile in quella regione. Onde ne deriva che la spalla non può mettersi, come nelle dorso-anteriori, in rapporto colla parte inferiore della sinfisi pubica, perchè il collo del feto non può misurare la parete più bassa della cavità pelvica che è la sinfisi pubica. Da ciò indicazione diversa: cercare di allungare di tanto il collo del feto da permettere di portare la spalla alla parte inferiore della sinfisi pubica, il capo restando sempre allo stretto superiore. Corrisponde benissimo in questo caso l'uncino rachiotomo del Braun, che modificato d'alquanto dal prof. Tibone riesce di applicazione non difficile.

Un altro istromento che permettendo al tronco del feto di flettersi facilmente, favorisce grandemente l'evoluzione pelvica è il forcipe-sega del Van-Huevel. Di questo processo operativo sono riportate due osservazioni fra quelle che seguono:

85. — Anno 1871-72. — Cucitrice d'anni 35. — Pelvi normale. — Un parto naturale ed a termine. — Gravidanza di 7 mesi. — Durata del travaglio 88 ore. — Presentazione Sp. D. — C. I. S. Fu dapprima salassata al braccio dalla levatrice che l'assisteva a domicilio. Indi chiamato un medico, tentò di favorire l'evoluzione spontanea colle trazioni sul braccio, ma il braccio si strappò. Allora la donna essendo stremata

di forze e febbricitante, fu inviata in clinica dove fu facilmente liberata impiantando un uncino ottuso sull'ipocondrio e facendo trazioni sul moncone della spalla. Feto in via di putrefazione. — Peso 1300 gr. Grave endometrite settica. Guarigione.

86. — Anno 1872-73. — Contadina d'anni 31. — Rachitica. — C. D. 80 mm. C. V. valutata in 60 mm. Operata felicemente di taglio cesareo a termine. — Gravidanza di 7 mesi. — Durata del travaglio 15 ore 50. — Sp. D. — C. I. S. Parto prematuro provocato col metodo di Krause. Procidenza del cordone; viene liberata facilmente colla disarticolazione della colonna vertebrale cervicale operata coll'uncino ottuso. Feto morto. — Peso 800 gr. Metro-peritonite puerperale. — Morte — (epidemia).

87. — Anno 1872-73. — Pizzicagnola d'anni 35. — Pelvi normale. — Tre parti naturali ed a termine. — Gravidanza attuale a termine. Durata del travaglio 21 ore. Pres. Sp. S. — C. I. D. Tetania da segala cornuta. Eviscerazione. — Liberazione cogli uncini acuti. — Feto premorto. — Peso 2800 gr. Metro-peritonite. — Guarigione. Esce con una fistola vescico-uterina.

88. — Anno 1872-73. — Cucitrice d'anni 33. — Pelvi normale. — Un parto a termine ed un aborto di 2 mesi. — Gravidanza attuale di 9 mesi. — Durata del travaglio 30 ore 30′. Pres. Sp. D. — C. I. S. Fuori della clinica 12 ore dall'inizio del travaglio si rompono spontaneamente le membrane — e 12 ore dopo viene amministrata una dose generosa di segala. Entra in clinica con utero fortemente retratto, spalla impegnata fin quasi allo stretto inferiore, con cordone ombellicale flacido e non pulsante. Si cerca di lussare la colonna cervicale col decollatore del Braun, non si riesce. Si applica il forcipe-sega ai lati del bacino e si sega trasversalmente il corpo del feto che vien facilmente estratto. — Feto premorto — Peso : 3000 gr. Leggiera endometrito. Guarigione.

89. — Anno 1875-76. — Serva d'anni 31. — C. V. 90 mm. Primipara. — Durata del travaglio 25 ore. — Sp. D. — C. I. S. Si rompono spontaneamente le membrane fuori della clinica. Una levatrice dà la segala, e tira sul braccio. Tentativo

di rivolgimento da una persona dell'arte; insuccesso. Inviata in clinica ed esaminata la donna, fu trovato il feto morto — l'utero modellato sul feto. Si pratica l'embriotomia col forcipe sega, indi si cerca di impiantare un uncino ottuso sulla colonna vertebrale che fallisce, indi si tenta con un uncino acuto che fallisce pure. Allora si pratica l'eviscerazione e si fa il rivolgimento col metodo inglese e la donna viene liberata. Tutto l'atto operativo si compie durante il sonno cloralico. Si dichiara un'imponente emorragia post partum che si troncò con injezioni ipodermiche di ergotina e di percloruro di ferro entro l'utero e la compressione dell'aorta. — Feto morto prima dell'operazione. — Peso 2320 gr. Difterite vulvare. — Endometrite e parametrite. — Guarigione.

Ora una parola sull'osservazione 86.ª Là si nota metroperitonite, morte — epidemia. Già altrove ho fatto vedere come frequente sia nell'ospizio di Maternità di Torino la epidemia o meglio la endemia dei processi puerperali; e non fa quindi meraviglia che un'operazione così grave abbia avuto in questo momento esito funesto. Ma devesi ancora por mente ad un'altra circostanza che non è forse nota a coloro che non udirono la parola dell'egregio prof. Tibone. Io l'ho sentito molte volte, ed io stesso nel periodo di 4 anni ed in qualità diverse ho potuto persuadermene, che nella clinica di cui egli è direttore, il parto prematuro ha un esito assai infausto. A talchè assai di rado io veggo ora preso questo consiglio, cioè solo quando difficoltà troppo grandi si presenteranno nel momento del parto ove la gravidanza sia lasciata andare a termine, o quando sia assolutamente necessario interrompere il corso della gravidanza. La perizia nell'operare non puossi mettere in dubbio nel Tibone, perciò devesi trovare nell'ambiente in cui si opera la causa di tale esito che ha il parto prematuro. E a mutare tale esito non valsero le minuziosissime precauzioni prese e nei mezzi disinfettanti e nei mezzi operativi impiegati. Non puossi adunque porre a carico della provocazione del parto prematuro la morte della puerpera in discorso, o devesi questa

ritenere effetto diretto dell'atto embriotomico? Io non oso rispondere categoricamente a questa domanda. Certo ritengo che l'una operazione abbia aggravato l'altra e che la parte principale dell'insuccesso di questo atto operativo lo abbia la provocazione del parto prematuro, e la epidemia allora regnante nella clinica.

Riunendo adunque quanto sono venuto esponendo in questo scritto, credo poter venire alle seguenti conclusioni:

1.° È erronea la credenza di alcuni che nella presentazione della spalla sia sempre indicata la versione.

2.° Il rivolgimento è indicato date le condizioni opportune, come: dilatazione completa, membrane integre o da poco rotte, utero che offra di quando in quando delle sospensioni nelle sue contrazioni; che il bacino non sia angusto da offrire una soverchia resistenza all'uscita del corpo del feto e specialmente della testa; che la presentazione non sia fissa ed impegnata.

3.° Quest'ultima condizione è assolutamente di rigore per la presentazione di vertice e di faccia, e favorevole ma non di rigore per la presentazione di spalla.

4.° Se l'utero è retratto ed addossato al corpo del feto, l'ostetrico deve regolarsi in modo differente a seconda che il feto è vivo o morto. Se è vivo, favorire l'evoluzione pelvica, con trazioni sul braccio o con altri mezzi che non offendono la vita del feto, facendo maggiormente a fidanza sull'evoluzione pelvica che studi recenti hanno dimostrato più facile, più frequente e meno pericolosa per la madre e pel feto di quanto generalmente credesi. Se ciò non basta, embriotomia ed uncini.

Se il feto è morto, ricorrere tosto all'embriotomia coi vari processi usati.

5.° Se si ricorre all'embriotomia è da preferirsi la cervicotomia se la posizione è dorso-posteriore; l'eviscerazione e la vertebroclastia dorsale se la posizione è dorso-anteriore.

6.° Se ciò non basta a terminare il parto ridotto così di volume il corpo del feto, riesce più facile, ma da usarsi solo come ultima risorsa, il rivolgimento.

VARIETÀ

IMPRESSIONI DI UN OSTETRICO IN VIAGGIO

LETTERE

AL

Sig. Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

DIRETTORE DELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

V.

Vienna, 17 *agosto* 1879.

Caro ed egregio Professore. — Non posso proprio accostarmi alla opinione di Alfieri quando scrisse « Vienna mi parve avere gran parte delle piccolezze di Torino senza averne il bello della località ». La fisionomia di questa città è oltremodo simpatica; la vivacità, la gentilezza della popolazione, la febbre del piacere, l'amenità dei dintorni giustificano ancora oggidì quanto scriveva Patin, celebre medico parigino nel secolo decimosettimo « à moins de passer la vie à Paris, il la faudrait passer à Vienne ». Posta su quella grande arteria fluviatile del Danubio che la unisce ai paesi della penisola Balcanica ed al Mar Nero, ne riceve come un caldo alito ed un profumo di vita orientale, che ci invade incoscienti e ci invita a dolci fantasticherie. *Flâner c'est la vie*, esclamava Balzac, e qua ho provato anch'io la verità del detto fantasiando ed asolando, come scriverebbe il Bembo, lungo la Ringstrasse, nei viali del Prater, sulle sponde del Danubio, sotto le ombrose quercie che coronano la vetta del Kahlenberg, nel parco di Schoenbrun, negli ameni villaggi di Hietzing, di Doebling. — Vienna

fu la Capua dove mi riposai dalle fatiche e dai disagi del viaggio, tanto più che conoscenze ed amicizie strette fra i numerosi connazionali qua trovati, mi resero più lieto e giocondo il soggiorno in questa città. Nei dott. Pawlik e Welponer, medici assistenti del prof. Carlo Braun, Triestino il secondo, Boemo il primo, ma anche questi buon conoscitore della lingua italiana, trovai lieta accoglienza, cortesia premurosa, affabilità costante, per cui più facile che altrove mi riuscì l'addentrarmi nelle segrete cose.

L' università di Vienna fra le germaniche è forse quella in cui la pianta docente libero si sviluppò più rigogliosamente talchè, per esempio, ve ne hanno otto in ostetricia e ginecologia. Debbo però confessare come vi si dia un significato ed una importanza alquanto differente da quella che da taluni si sarebbe inchinevoli a darglisi in Italia. L'insegnamento del libero docente è per così dire un complemento dell'insegnamento ufficiale, non duplica questo, non corre ad esso parallelo, come scrive il Bonghi, ma lo completa, e difficilmente vi è corso libero che non si dia in accordo col titolare. Così qui ho visto per esempio il dott. Massari, libero docente di ginecologia, il quale teneva un' ambulanza ginecologica nella clinica stessa del prof. Braun. Il modo con cui le cliniche sono frequentate da molti medici di ogni nazionalità fornisce poi agli assistenti ed ai docenti l'opportunità di fare dei brevi corsi di dimostrazioni pratiche giovandosi del materiale di cui vanno provviste a dovizia queste cliniche, tanto più che molti medici della campagna di tanto in tanto provano il bisogno di rinfrancare le loro cognizioni pratiche in questi corsi riepilogativi di poche settimane. Del resto molti di tali docenti o non hanno uditori o non devono avere la volontà di far corsi poichè precisamente in questi giorni ho letto nella *Wiener Presse*, essersi stabilito nel collegio dei professori di depennare quei tali docenti che per quattro semestri non avessero fatto alcun corso. Credo che in poche città universitarie ci sia un accentramento clinico come in Vienna, ove quell'immenso ospedale generale, costrutto

nella Alsertrase da Giuseppe II nel 1784 — *saluti et solatio aegrorum* — è la sede di tutte le cliniche ed il punto d'irradiazione di tutto il sapere medico pratico. Quivi pure è collocata l'immensa Maternità divisa in tre sezioni affidate rispettivamente ai prof. Carlo Braun-Fernwald, Spaeth, Gustavo Braun. Le prime due cliniche servono pei medici, la terza per le levatrici. L'aggiunta di una terza clinica è affatto recente: essa data dal 1873, epoca in cui a Spaeth, incaricato dell'insegnamento delle allieve levatrici, venne affidata una seconda sezione per l'insegnamento clinico dei medici, mentre venne istituita ed affidata a Gustavo Braun una terza clinica per le levatrici. È noto specialmente dalla lettura del libro di Lefort come le forme infettive puerperali infierissero nella Maternità di Vienna prima del 1847, e specialmente nella prima sezione. Spetta forse alle misure severe adottate da Semelweiss, il quale sospettava l'inoculazione di materie settiche, il merito di aver fatto discendere la mortalità la quale raggiungeva il 10,4 % al 2 %. Lefort, il quale pubblicava il suo libro nel 1866, era dell'avviso che la causa invocata non fosse la vera e manifestava il timore che i mezzi adottati fossero insufficienti e che nuove epidemie sarebbero venute a decimare la Maternità di Vienna. Le statistiche successive diedero fortunatamente una splendida smentita, dimostrando anche coi fatti la bontà e la efficacia dei mezzi impiegati. Credo quindi interessante ed opportuno collocare quivi la statistica risguardante gli anni successivi a quello in cui Lefort visitava la Maternità di Vienna. Tale quadro dimostrerà ad evidenza quanto si possa ottenere da una severa profilassi anche nelle Maternità collocate nelle più sfavorevoli condizioni topografiche. Riproduco tale quadro da un rendiconto comunicatomi gentilmente dal suo autore, il dott. Welponer. Notisi che la prima clinica è quella precisamente in cui faceva strage la mortalità sovraccennata.

	I. Clinica del prof. Carlo v. Braun-Fernwald pei medici			II. Clinica del prof. Spaeth per le levatrici prima del 1873.			III. Clinica del prof. G. Braun dal 1873			Sguardo complessivo		
Anno	Parti	Morti	%	Parti	Morti	%	Parti	Morti	%	Parti	Morti	%
1864	4998	57	1,1	3772	29	0,7	—	—	—	8770	86	0,9
1865	4768	77	1,6	3636	34	0,9	—	—	—	8404	111	1,25
1866	4946	80	1,6	3820	41	1,07	—	—	—	8766	121	1,35
1867	4206	48	1,1	3564	41	1,15	—	—	—	7770	89	1,1
1868	3949	48	1,2	3436	50	1,4	—	—	—	7385	98	1,3
1869	4155	53	1,2	3376	64	1,8	—	—	—	7531	117	1,5
1870	4106	77	1,8	3264	94	2,8	—	—	—	7370	171	2,3
1871	4109	54	1,3	3233	98	3,0	—	—	—	7342	152	2,15
1872	3884	98	2,5	3145	86	2,7	—	—	—	7029	184	2,6
				II. Pei Medici dal 1873.			III. Per le Levatrici aperta nell'ottobre 1873.					
1873	3796	92	2,4	3140	84	2,6	456	7	1,5	7382	183	2,17
1874	3797	70	2,5	2527	137	5,4	2468	104	4,2	7792	312	4,04
1875	2732	71	2,5	2567	102	3,9	2426	97	3,8	7725	209	3,4
Somma	48446	825	1,7	39480	860	2,3	5350	208	3,2	93276	1893	2,03

Come ella vede, la media annua dei parti nelle tre cliniche riunite è di circa 8000. Ma il materiale operativo non vi è mica corrispondente: oltrechè havvi un procento di stenosi pelviche molto piccolo in confronto del nostro, vale a dire il 6 %, manca quasi onninamente a questa clinica, quel contingente numeroso di casi gravi, difficili, che ci vengono dalla città o dalla campagna alla Maternità di Milano, e costituiscono una delle caratteristiche di questo istituto, caratteristica dolorosa poichè se da una parte ne viene grandemente innalzata la cifra degli atti operativi, d'altra parte anche la mortalità si accresce per le condizioni miserrime in cui molte volte si trovano le donne e pei tentativi di liberazione a domicilio e per le ambascie di un viaggio soventi lungo e disagevole. Così alla mia partenza da Milano, nella tabella in cui sta registrato

il movimento operativo della clinica, eran già inscritte sei operazioni embriotomiche sopra 180 parti circa, e due operazioni cesaree, mentre qui dall'ultimo rendiconto della clinica di Carlo Braun sopra 2732 parti non rilevo che 10 operazioni embriotomiche sul capo e 4 sul tronco. Ad ogni modo è questa forse la più vasta Maternità, e quanto a ricchezza di materiale ostetrico può figurarselo quando pensi che nella sola clinica di C. Braun ho visto contemporaneamente nove donne in travaglio nella sala dei parti.

L'accettazione delle gravide si fa con misure piuttosto larghe e rispettivamente un giorno per ciascuna delle tre cliniche, e viene fatta ad ora fissa da uno dei medici assistenti. Nella prima clinica non ho visto in servizio che 5 levatrici, e queste si alternano in modo da essere in 3 nei giorni destinati all'accettazione.

Come ho già detto, la clinica di Gustavo Braun è destinata alle levatrici, il cui insegnamento non dura che cinque mesi ed ogni anno si fanno due corsi. Non avendo mai parlato nelle lettere antecedenti del modo con cui è ordinato in Germania l'insegnamento delle levatrici ne farò cenno in questa, poichè quanto starò per dire può applicarsi, salvo brevi modificazioni, anche alle altre scuole. Le allieve, per essere ammesse, devono qui pure subire una prova, la quale attesti la loro capacità nel leggere, nello scrivere e nel conteggiare. Il limite dell'età è diverso dal nostro poichè esse devono avere 24 anni e non superare i 45. Esse pagano una tassa di 28 fiorini, i due assistenti fanno rispettivamente un ripetitorium teorico e pratico, retribuito da ciascuna con 5 fiorini. Le allieve si distribuiscono in gruppi di 25 cadauno, che dorme in ospizio per una settimana: la camera ad esse destinata è riscaldata, ma alla illuminazione deve pensare ogni allieva, e così pure pel proprio mantenimento.

Nel primo turno di guardia non si prestano che a quanto occorre nella sala dei parti, nel secondo assistono una pluripara sotto la direzione di una cosidetta *Zahlfrau*, nel terzo

assistono una primipara. Una partoriente non è visitata che da due allieve. Chiamansi *Zahlfrauen* alcune delle più brave allieve del corso antecedente, scelte in numero di cinque, le quali cooperano all'assistenza insegnando anche alle nuove entrate il governo del parto, del bambino, del puerperio, per quanto riguarda la parte non tecnica, letto, vestiario, lavature, ecc. Alla fine del corso il professore dà il *permittatur* a quelle allieve che gli paiono idonee ad affrontare gli esami, che sono dati in presenza del decano della facoltà e di un altro professore di ostetricia. Naturalmente non posso giudicare della coltura pratica di queste allieve, ma parmi che il sistema italiano di estendere a due anni i corsi teorico-pratici per le levatrici offra alla società migliori garanzie di una seria educazione pratica. Ma *de hoc satis;* lascierò le sacerdotesse di Lucina, e completerò l' esposizione di quanto m' interessò in questa clinica, onde quasi al fine di queste mie cicalate, possa io pure ripetere *quod vidi scripsi.* A tre fonti gli studenti attingono la loro educazione clinica nella specialità, alla clinica ostetrica, a quella ginecologica ove si trasportano anche le forme puerperali non infettive, e all'ambulatorio ginecologico, che fornisce un contingente di osservazioni ed il materiale per la clinica ginecologica. Non posso lasciare questo istituto senza far cenno del cranioclaste, che ormai in quasi tutta Germania ha detronizzato il cefalotribo, che anzi in qualche clinica in cui si fa uso di entrambi i mezzi, si riserva il primo per le viziature più gravi Cranioclaste o cefalotribo è una delle questioni ostetriche che mi ha specialmente interessato in questo mio viaggio; e nell'indagare il pensiero dei varii operatori e nello studio della letteratura locale, cercai di vedere fino a qual punto fosse giustificabile la sostituzione completa dell'uno all'altro strumento. Certo impone questo suffragio quasi universale degli ostetrici tedeschi a favore del cranioclaste. Debbo però dichiarare come non tutto il materiale di confronto dei due mezzi sia di buona lega, nel senso che molte osservazioni di cefalotrissia si riferiscono ancora al cefalotribo non fenestrato; ed a mio avviso sarebbe

attendibile solo un paragone istituito fra il cranioclaste ed un cefalotribo fenestrato, sia pure quello di Breisky da me visto in Praga, o meglio quello di Lollini, od il forcipe Guyon, qualunque sia il meccanismo con cui questo riesce a liberare la donna. Che se dal campo pratico, ove solo l'osservazione clinica può e *deve* decidere, passiamo al teoretico, confesso come a mio avviso parmi militi pel cranioclaste una maggior somma di considerazioni aprioristiche. Ma quasi quasi m' andavo ingolfando in questa questione dimentico che lo scopo di queste lettere non era punto quello di esprimere la mia opinione individuale sui vari argomenti dibattuti fra gli ostetrici, ma solo di accennare a quanto ho visto in questa mia escursione scientifica.

Stando quindi nei limiti prefissimi, aggiungerò soltanto come il cranioclaste qui usato, in confronto dei nostri mi parve presentare modificazioni abbastanza importanti per farne acquisto. Quando con esso si afferra realmente il viso, lo scivolamento dello strumento diventa affatto eccezionale, talchè dalle esperienze istituite da Fritsch in Halle, aumentando le trazioni in modo enorme si riesce piuttosto a strappare la testa dal collo. Allo scopo di deflettere la testa onde agevolare una presa cosifatta, qua nella clinica di Braun, si spinge fortemente la branca interna contro l'occipite onde imprimere alla testa un movimento di rotazione nell'asse trasversale della sua articolazione, rendendo così possibile l'applicazione della branca esterna sul fronte.

Prima di lasciare questo argomento voglio esprimerle per quanto vale una ideuccia, che mi è venuta pensando alle obiezioni che si fanno pro' e contro i due strumenti. Essa riguarda il cefalotribo: applicato e *stretto* il forcipe Guyon, previa introduzione nel cavo cranico di un tiratesta a *robusta* funicella, non si potrebbe, anzichè esercitare trazioni sull'istrumento esercitarle sulla funicella, col vantaggio *probabile* di fare trazioni sul centro di figura, di avvicinarsi alla linea asse delle resistenze, mentre la testa continua a mantenersi compressa e ridotta fra le branche dello strumento?

In questa clinica vidi pure ritornata in onore la puntura delle membrane per la provocazione del parto prematuro: si prende una cannuccia d'oca tagliandola a punta in isbieco nella sua sommità, e praticando qualche centimetro all'ingiù nella parete opposta un foro per cui si passa una sonda uterina, guidata la quale nel cavo uterino la si ritira, mentre si spinge la cannuccia d'oca che colla sua punta viene a ledere le membrane. Così pure qualche volta per ovviare agli inconvenienti delle ramificazioni della spugna preparata, si è ricoperto il cono di una pellicola sottilissima di gomma elastica che viene poi ad abbracciare una sonda, per cui si inietta un po' d'acqua nel sacco che riveste la spugna allo scopo di rigonfiarla. Io, che non vedo poi nella rottura precoce delle membrane quei gravi inconvenienti che si vanno enumerando, mi dimando però perchè nell'apprezzamento dei diversi processi per la provocazione del parto, mentre si parla sempre di efficacia relativa e di tempo impiegato, non si tiene apertamente calcolo dell'elemento presentazione? Perchè, mi dimando, non si dice da tutti a caratteri di scatola che data una presentazione del tronco sarebbe buona pratica il prescegliere quei mezzi che più favoriscono l'integrità delle membane? Dico questo perchè percorrendo una serie di rendiconti e di osservazioni nostrane ed estere parmi non tengasi di tale elemento il dovuto conto, e perchè rimasi impressionato dalle conseguenze verificate in casi, in cui data la presentazione del tronco, avvenne precocemente la rottura delle membrane o spontaneamente o in causa del processo adoperato. Prima di escire dalla clinica ostetrica accennerò ancora all'uso quivi fatto con buon risultato, dietro l'iniziativa di Neumann, dell'acido crisofanico nella cura delle efelidi gravidiche. Deve procurarsi che l'azione di esso si mantenga limitata alla parte ammalata, specialmente se in vicinanza delle palpebre o del seno. La durata dell'applicazione e la dose possono essere regolate dal grado di cociore e di enfiagione della parte medicata: di solito si fanno da due a sei medicazioni, lasciando

2-3 giorni fra l'una e l'altra. Ordinariamente si adopera sotto forma di pomata al 2 o al 2 $^1/_2$ per cento, ungendo non strofinando la parte, che può ricoprirsi con una pezzuola di flanella spalmata leggermente della pomata. Ed ora una notizia libraria. Il prof. Carlo Braun sta attendendo alla rifusione completa del suo trattato di ostetricia; e vista la vasta esperienza acquisita dopo l'ultima edizione di esso, ne verrà un'opera utile non solo pei medici, ma anche per gli insegnanti. Ho pur visto l'ultima operata di taglio cesareo col metodo di Porro (la 5.ª nella 1.ª clinica) la quale è avviata a guarigione. È stato interessante il decorso, perchè ad un dato punto la paziente venne colpita da una forma psichica, per cui per tre settimane circa si rifiutò ad ogni cibo e ammutolì in modo assoluto. La si dovette nutrire artificialmente: al momento in cui scrivo però la lingua si è snodata e comincia a riprendere il cibo. Da Carlo Braun venne pure operata con brillante risultato, di ovariotomia normale, una donna affetta da isteroepilessia ribelle ad ogni metodo curativo in antecedenza messo in opera. Ebbe invece esito infausto, in un caso da me assistito, l'esportazione di un carcinoma ovarico complicato ad ascite. In tutte le altre cliniche visitate, ad eccezione di quella di Hegar in Freiburg, avevo visto messo al bando il drenaggio profilattico, ed in onore l'affondamento del peduncolo. Quivi invece vidi fatto uso del clamp e del drenaggio: i tubi vennero applicati in numero di quattro, due lateralmente e due fino allo spazio di Douglas, che non veniva però attraversato da alcuno di essi. — Fra le altre particolarità osservai pure come all'acido fenico fosse sostituito come mezzo antisettico, il thymol adoperato colla seguente formola:

Thymol . . .	parti	1
Alcool	»	10
Glicerina . . .	»	20
Acqua distillata.	»	1000

Come mezzo essicante e deodorante si applica sul moncone un sacchetto ripieno di gesso bituminato, nella proporzione di una parte di catrame a quattro di gesso. A Vienna pure vidi fatto frequente uso dei cucchiai taglienti nel raschiamento delle masse neoplastiche del collo degenerato cancerosamente. Farò anche menzione di un apparecchio di galvanotermica che si usa allo scopo di dividere i fibromi interstiziali o sottomucosi dell'utero. S'imagini un'asta composta di varî pezzi articolati, al davanti della quale scorre un filo metallico che può essere reso incandescente, facendolo percorrere da una corrente elettrica. Mediante una vite situata all'estremo del manico, l'asta articolata si incurva ad arco, mentre il filo metallico conserva la sua rigidità e viene a formarne la corda: chiuso il circuito e reso in tal modo il filo incandescente questo viene a dividere i tessuti uterini. Tale apparecchio, denominato *arco galvanocaustico di Carlo Braun*, è costrutto da Leiter, locale e rinomato fabbricatore di strumenti chirurgici, e venne già adoperato con felice successo. Non le parlo degli esemplari di bacini spondilolistetici che si hanno costì, perchè di nuovo dettagliatamente descritti nella recente Memoria di Hergott sullo spondilolizema. Era mia intenzione di studiare anche diligentemente l'ordinamento di questo istituto embriologico affidato alla direzione del prof. Schenk, ma la chiusura dell'anno scolastico e la partenza del titolare non mi permisero di attuare il mio divisamento. Eccomi quindi al termine delle mie peregrinazioni scientifiche incominciate con peritanza, proseguite con ardore, terminate quasi con rincrescimento. Ripeterò col Mantegazza, che i viaggi celeri hanno pur essi i loro ammaestramenti e che quel continuo, multiforme, rapido succedersi di sensazioni e di impressioni, che si provano osservando uomini e cose, può mirabilmente servire ad ampliare il circolo delle nostre cognizioni, maturando idee che già si hanno o gettando i germi di nuove concezioni e di nuove ricerche o quanto meno ad affratellarci nel campo fecondo dell'arte e della scienza umanitaria. A chi fosse vago di maggiori e più

approfondite notizie, di quelle da me comunicate, risponderò col poeta

Messo t'ho innanzi, ormai per te ti ciba.

Per me sarò pago se avrò la sua approvazione, e intanto la ringrazio di avermi concesso di porre queste lettere sotto il patrocinio del suo nome autorevole.

Suo devotiss.

DOTT. L. MANGIAGALLI.

RIVISTA

CONTRIBUZIONE

ALLA

DIAGNOSI DIRETTA E INDIRETTA DELLE CISTI OVARICHE

DEL

Prof. PASQUALE LANDI

(Dal Commentario Clinico di Pisa, vol. II n. 5, 6, 7).

Il titolo del tema ne dice abbastanza da sè l'importanza, e di per sè solo può servire ad allettare chi senta trasporto alle discipline chirurgiche se non valesse già grandemente ad invogliare il lettore il nome pregiato dell'autore.

L'ovariotomia, che il Velpeau ebbe un giorno la strana ed imperdonabile idea di chiamare follia, augurandosi che per onore della nazione e della scienza la Francia non se ne avesse a contaminare giammai, oggidì conta già un buon numero di successi e non pochi valenti chirurghi che la praticano e la sostengono abilmente: e basterà citare il Nussbaum che è giunto a dichiarare passivo di colpevole negligenza colui che ai giorni nostri non eseguisce la ovariotomia quando è indicata. — Anche nella Clinica chirurgica di Pisa eravi stato tale che appoggiato all'autorità dell'improvvido detto sfuggito al celebre chirurgo francese aveva relegato quest'atto operativo fra i portati di mente sognatrice. Al nostro illustre Clinico, al Com. Prof. P. Landi già per alte e ben condotte operazioni salito in gran fama, spetta il merito e la gloria di registrare col primo felice successo in

Italia la prima ovariotomia in Toscana (1). La Scuola Chir. e la Università di Pisa debbono al sommo Clinico l'onore di potersi vantare pari alle più rinomate cliniche dell'estero, cui neppure ha da invidiare gli splendidi risultati percentuali. E ne sia prova il fatto che in poco più d'un mese l'egregio Clinico ha eseguite quest'anno tre ovariotomie tutte con felicissimo esito; le operate essendo già uscite dalla clinica completamente risanate, senza avere neppure toccato davvicino gli accidenti spiacevoli che son corredo non infrequente di questa operazione.

È lodevolissimo nel nostro bravo quanto modesto operatore il pensiero di avere voluto portare l'obolo della sua pratica e della sua scienza a contribuzione della diagnosi delle cisti ovariche; e niuno fra noi aveva più di lui ragione di farlo pensando alla relativa numerosa casistica di cui era già possessore, ed ai sorprendenti e brillantiss im successi conquistati con la sua sicura maniera di operare.

Lo studio che il prof. Landi ha compendiato in poco più di 100 pagine meriterebbe l'illustrazione di un osservatore dotto ed attento per rilevarne a dovere i pregi e l'utilità che palesa; ed io mi sento invero troppo debole per non domandare subito venia se nel luogo dei giusti apprezzamenti e degli utili frutti che ci sarebbe da trarre da così ben elaborata Memoria non farò forse figurare che un desiderio come l'espressione del mio buono intendimento.

È scopo di questa Memoria lo studio dei casi osservati dall'Autore non che l'esame dei fenomeni più comuni, la ricerca di segni nuovi che o avvalorano una diagnosi di cisti ovarica o la rendono più facile; la pratica illuminata, l'attenta considerazione dei fatti, lo scrupoloso giudizio su quanto da altri venne dato per verissimo, e in ultimo la fortunata circostanza d'un numero progressivamente crescente di cisti che in poco tempo gli è occorso di vedere, han posto questo illustre clinico nella migliore condizione per apportare alla patologia chirurgica e a questo speciale parto di essa un materiale scientifico di considerevol valore.

Nota. — La statistica delle ovariotomie prova che la prima guarigione fu ottenuta in Pisa nella clinica del prof. Landi con la 11ª operazione di questo genere praticata in Italia; e ci reca meraviglia che il traduttore del trattato di ginecologia del Braun (Bert.), che si atteggia a storico dell'ovariotomia abbia ignorato questo primo esito felice del clinico di Pisa, il quale nel 1874 aveva già ottenuto un altro felice successo.

Il prof. Landi si occupa della diagnosi delle cisti quando sono pervenute alla 3.ª epoca e 3.º stadio clinico (Cantani), ossia allorchè sono già sopra il bacino e prendono posto nella cavità addominale. Rileva con ragione l'importanza che ha la conoscenza dell'adesioni che le cisti prima o poi prendono con gli organi o parti prossime. Svolge ed illustra la diagnosi delle cisti; e incominciando da quei fenomeni che si raccolgono con l'esame del ventre, quali il volume, la sede, la forma, le apparenze della superficie della cisti, scende poi a enumerare altre importanti particolarità, l'aumento di volume dell'addome, la direzione del tumore, la superficie ora regolare ed ora irregolare per grossi ed estesi rilievi, l'altezza del ventre, la rete venosa della superficie addominale molto sviluppata, l'assottigliamento della pelle e tanti altri segni che una inspezione e palpazione accurata giovano a palesare. — Così la forma, la mobilità del tumore, l'essere indolente e per ordinario cedevole, e infine la fluttuazione e la puntura esplorativa. Si loda molto del consiglio del Cantani di fare la percussione nelle regioni lombari tenendo la donna seduta o in piedi. Il Breslau, già professore in Zurigo, fu, secondo dice lo Spiegelberg, il primo a notare un importante fenomeno allorchè avvisò che in una cisti la fluttuazione cessa dove incomincia la risuonanza intestinale, cioè nella regione lombare ed epigastrica; ma quando il liquido è libero e s'intromette nelle circonvoluzioni intestinali come nell'ascite, allora la fluttuazione si può avere anche dove pur si avverte la risuonanza intestinale. A riguardo dell'ascoltazione cui il prof. Landi non dà grande valore come mezzo adiuvante la diagnosi della cisti ovarica, il Le Double (Annales de Gynecologie, Febbraio), ne pensa un gran bene. Infatti egli opina che l'ascoltazione dei cistovarî sia un importante mezzo diagnostico e capace anche di guidare ad una più appropriata terapia; dice che coll'ascoltazione si avvertono i rumori di *tinnito metallico*, della *succussione del liquido* e di *sfregamento*, dei quali i primi due furono già presi in considerazione anche da Laboulbene. È poi ferma convinzione del Le Double che sia facilitata la diagnosi di aderenze se alla succussione si accompagneranno la mobilità del tumore, l'ascite e l'antichità dell'affezione, e crede di più, che sia così possibile ancora la diagnosi della natura della cisti. In verità questo par troppo pretendere dalla ascoltazione, e s'inclina, a mio parere, più volentieri all'opinione di quelli i quali come il prof. Landi, veduta la incostanza dei fenomeni che rivela l'ascoltazione, pensano che non sia permesso, per ora, affidarsi troppo ai suoi responsi.

Il commemorativo, l'inspezione, la palpazione, la percussione in diverse posizioni del corpo, l'esplorazione tattile vaginale e rettale, e specialmente quando esistono aderenze cogli organi pelvici, o la cisti abbia assunto tal volume da essersi impegnata nell'escavazione, ecco per il prof. Landi altrettanti mezzi d'indagine che varranno a porne una diagnosi di cisti ovariche su basi stabili e tranquille.

Nota il dotto clinico che le deviazioni dell'utero non sono costanti e si fa a narrarci tre casi nei quali incontrò una volta una duplice e opposta deviazione del corpo e del collo dell'utero, altra volta antiversione e una terza innalzamento d'utero, e questo era la conseguenza d'un fibroma uterino; così si conferma sempre più l'eziologia dell'elevazione dell'utero già dataci dal Courty (1).

Anche l'esplorazione rettale (in specie nelle vergini) può dar lumi sufficienti per il diagnostico, più adatta però, giusta le osservazioni del Landi, a scoprire le modificazioni che avrà subìto l'utero che non piuttosto le particolarità della cisti, la quale così sarà ben studiata solamente nel caso di adesioni con gli organi pelvici e quando siasi fatta eccessivamente voluminosa, e quindi occupante la pelvi.

Sono a tenersi in conto anche le modificazioni della mestruazione; è necessario aver presente che questa funzione può esercitarsi anche con cisti sviluppatissima. La mestruazione cessa ad epoca molto inoltrata della malattia e per effetto della compressione, che la cisti fa sull'ovaio sano o per degenerazione cistica di ambedue le ovaie o per occlusione delle trombe.

Diagnosi delle varietà più importanti delle cisti, delle loro ordinarie complicanze e diagnosi differenziale. — Adotta la divisione delle cisti in *semplici* e *composte;* nelle prime intende comprese quelle ad una sola loggia *uniloculari*, e nelle seconde tutte le seguenti sottospecie, *cisti multiple* o *moltiloculari*, *proligere*, *prolifere*, o anche *endogene* ed *esogene*, le cisti *areolari* o *cistomi* o *cistoidi dell'ovaio* e per ultimo *le cisti dermoidee.*

I tumori ovarici cui va unito qualche altro elemento patologico egli chiama volontieri *fibroma*, *sarcoma*, *carcinoma* (secondo la natura dell'elemento in parola), con l'aggiunto successivo di *cistico* quando il fatto istologico primitivo non fu rappresentato da ciste; ma se si può mettere in chiaro che il fibroma, il sarcoma, il carcinoma sorsero secondaria-

(1) Traité pratique des Maladies de l'Uterus.

mente alla ciste stessa, sarà detto bene *cisto-fibroma, cisto-sarcoma*, ecc. E giusta l'autore ne andrebbero separate le due grandi varietà sopra distinte di cisti semplici e cisti composte.

Le cisti moltiloculari sono più frequenti delle uniloculari. L'uniloculare arriva al volume d'una testa d'adulto, ha forma sferoidale ed ovoidale, superficie regolare liscia, tendenza a tenere la linea mediana, raramente accompagnata da aderenze e facilmente spostabile. Dà fluttuazione marcata. Frequentemente, per taluni, si osserva una strozzatura del tumore in corrispondenza dello stretto superiore del bacino e lungo la sua direzione. Non è un segno costante, come neppure è costantemente uguale l'aspetto del liquido contenuto nella ciste.

La ciste moltiloculare è voluminosa oltremodo, ha superficie irregolare e con vari lobi di differente consistenza, corrisponde alla parte da cui origina, ha fluttuazione circoscritta, raramente estesa, talora oscurissima, è immobile per le aderenze che le sono comunissime e per il volume.

Per alcuni possiede un contenuto gelatinoso, filante e può essere anche semifluido o solido o con materie grasse o peli. Nel dubbio si consiglia la sondatura elastica, come suggerisce Heritt.

La sede iniziale del tumore ci dirà se il tumore è dell'ovaia o dell'utero, e la palpazione può servire a scoprire il punto di origine per una consistenza rilevata maggiore e più ristretta. La percussione a modo del prof. Baccelli ha corrisposto molto a quella aspettativa che era ben giustificata dalla celebrità del nome e dal genio ammirato del clinico di Roma.

Venendo a numerare le malattie che han segni proprii anche alle cisti il prof. Landi osserva che sono troppe quelle credute equivocabili con la ciste e ne fa una retta e giudiziosa scelta. Ritiene che la diagnosi differenziale possa procedere sicura a muovere dai fenomeni delle cisti che vanno poste dipoi a riscontro di quelli della malattia più ragionevolmente supponibile.

Malattie con fenomeni a comune con le cisti.

Sarcoma e carcinoma cistico. — Sono di forma e superficie irregolare, bernoccoluta, dura. A volta dolenti se palpati e di oscura fluttuazione. Possono comparire a tutte l'età, prima della pubertà rari, per solito unilaterali. Dànno cenno della loro presenza con la stipsi,

il tenesmo vescicale, qualche doloretto all'ipogastrio, un po' di disordine nelle funzioni mestrue, poi le dispepsie, gli edemi parziali, l'ascite. Non sono molto voluminosi. A sviluppo inoltrato v'è l'addome disteso a forma globosa, più alto che largo e con rete venosa addominale assai notevole.

Abbiamo di più la cachessia nel cisto-carcinoma.

Continuando la serie dei sintomi troviamo suono ottuso alla percussione su tutto l'ambito del tumore, quasi ottuso nella regione lombare più vicina al tumore, timpanico nella regione opposta.

L'esplorazione vaginale ora rileva l'utero mobile, più spesso però immobile, spostato. Un grave stato di ipertrofia che si stabilisce in seguito al sarcoma e carcinoma cistico è anche un buon criterio per la diagnosi.

Sono notati alcuni segni differenziali per riconoscere l'una dall'altra neoproduzione.

Cancro dell'ovaia. — È di rado primitivo; la ordinaria forma anatomica è la midollare, per la sede speciale nella stroma ovarica si mostra più consistente che non sia quando nasce in altri luoghi. Ha molti sintomi a comune col carcinoma e sarcoma cistico. Suole comparire dai 40-50 anni. Dà dolori lancinanti forti, si sviluppa rapidamente e porta la cachessia. Un'attenta osservazione dei sintomi e infine la puntura esplorativa gioveranno a differenziare questi tumori dai policistici.

Cisti sierose dei legamenti larghi o para-ovariche o extra-ovariche: hanno pareti sottili, giusta alcuni di piccolo volume, di contenuto liquido, acqueo, rarissimamente albuminose, mai con pura albumina: hanno caratteri che le ravvicinano alle uniloculari dell'ovaio, ma le loro pareti sono deboli e si rompono con facilità.

Ebbe nella sua clinica, quest'anno, il prof. Landi un caso che fu giudicato una ciste del Rosennmuller; il liquido evacuato era limpidissimo ed il volume della ciste tale da confermare l'opinione già da lui emessa in questa Memoria, cioè che queste cisti sierose dei ligamenti larghi siano capaci di assumere un volume vicino a quello delle altre cisti nel terzo stadio clinico.

Per il Gendrin la cura dovrebbe essere la sola puntura poichè secondo lui non si riproducono; il Koeberlé crede che il liquido si riproduca spesso in modo lento e talora rapidissimamente. Il caso ricordato anche sotto questo punto sarebbe interessante perchè può stare a dirci che il liquido veramente si riproduce.

Sulle cisti del corpo di Rosennmuller il prof. Minati avea già da gran tempo fermata la sua attenzione sulla frequente loro presenza sulla superficie dei legamenti larghi, e ne aveva osservate insieme co l compianto dott. Carlo Regnoli molte e di vario volume sempre peduncolate di maniera da credere che anche elleno potessero avere uno sviluppo grande da fare concorrenza con le altre dell'ovaia. A lui è mancata l'occasione di poterle verificare nello stato di grande accrescimento, e può darsi che avendo un involucro molto sottile e contenendo pure un liquido molto sottile e trasparente simile a quello delle idatidi, nel senso generale della parola, esse possono anche scomparire rompendosi e il liquido essendone riassorbito. Sicchè egli sarebbe condotto a credere che le cisti del corpo di Rosennmuller dovrebbero avere tutte un peduncolo; e che se si sono incontrati dei tumori contenenti un liquido non peduncolati siano stati cagionati da versamenti sierosi fra le pagine del peritoneo che dopo avere abbracciato i legamenti utero-ovarici e le trombe si ripiegano sopra sè stessi per mettersi a contatto.

Il *mioma e fibroma* peri-uterino o sotto-peritoneale il prof. Landi vorrebbe che si comprendessero sotto la denominazione che ha loro assegnato il Virchow, cioè quella di mio-fibroma per la ragione della frequente concorrenza del tessuto muscolare e fibroso a comporne un tumore.

Il mio-fibroma peri-uterino è più frequente dei tumori dell' ovaja e più ancora dei cistici. Il prof. Landi ne designa la sede ordinaria, la sintomatologia e la ragione per cui alcuni eminenti pratici lo confusero con altre entità morbose e in ispecie con la cisti uniloculare. Tesse la storia d' un caso occorsogli nella sua clinica di Pisa e ne riassume uno osservato e non diagnosticato da Spencer Welles. Entra a parlare della varietà cistica del mio-fibroma, dopo avere spese alcune parole sulla trasformazione geodiforme e la cistica la quale ultima ha una membrana propria e pareti isolanti; mentre l' altro ne manca.

Rammenta due altre trasformazioni del mio-fibroma, la sarcomatosa e la cancerosa. — La compattezza del tumore, il suo prender parte ai movimenti impressi all' utero, il cateterismo uterino, la puntura esplorativa dice il prof. Landi essere di aiuto non lieve a differenziare il mio-fibroma peri-uterino dalle cisti ovariche.

A completare la diagnosi differenziale egli riporta i segni dati al mio-fibroma dal Caternault e quelli più proprii delle cisti ovariche.

E fra i segni non è trascurata l'età a cui è solito di venire; e importanti trovò anche quelli che riguardano i cambiamenti dell'utero, della funzione di esso, della ubicazione del tumore, della sua forma, consistenza, direzione e dei disordini ad esso consecutivi.

Il cancro dell'utero non si può confondere con le cisti ovariche.

La gravidanza extra-uterina può essere presa per una ciste fino al 3.º mese, ma è necessario il concorso di troppe circostanze per cadere in simile errore.

Anche la gravidanza normale è stata qualche volta diagnosticata per una ciste, come vi sono stati clinici che hanno praticata l'ovariotomia ed han supposto un'altra ciste quello che era utero gravido che si sviluppava verso la ciste. Dalla gravidanza si distingue il tumore periuterino per l'assenza dei fenomeni più proprii di quella. Il ballottamento da taluni ritenuto per segno preziosissimo di gravidanza è giustamente ammesso possibile anche nel caso di mio-fibroma. — E questo credo si tenga da tutti i ginecologi; ma volendo fare tesoro di una razionalissima, chiara e interessante distinzione che io appresi dall'illustre ed ottimo mio maestro il prof. Minati aggiungerò che altro è ballottamento, altro rimbalzo; il primo è quando *quel corpo sferico* (che è la testa del feto) *che si sente verso il collo dell'utero può spostarsi in varj sensi,* il secondo *quando questo corpo sferico si può allontanar per un momento ed aspettare che ricada nella parte della mano che esplora* (1). — Quest'ultimo non può essere che dell'utero gravido perchè altrimenti sarebbe necessario supporre un tumore libero e natante nell'utero e così capace di essere tanto spostato.

In riguardo all'ascite rammenta i segni meno incerti per diagnosticarla e fra i molti che ne danno gli autori prende a considerare il cambiamento di suono alla percussione nel cambiare posizione all'infermo, che per il Bamberger è segno che può mancare, la risonanza timpanica scoperta nella sede e nel modo che indica molto precisamente il prof. Cantani. È di buon soccorso alla diagnosi anche lo sviluppo regolare, sollecito che fa dal basso all'alto e lungo una linea orizzontale, il tumore, come pure il vedere nel decubito dorsale della malata che i fianchi sono sporgenti, che vi ha appianamento nella parte mediana e che nel decubito laterale si fa prominente il lato dove giace l'inferma, che la cicatrice ombellicale si distende e si solleva e divengono edematose l'estremità inferiori, l'addome, le parti genitali esterne. — Nota di più

(1) L. Minati, Trattato di Ostetricia minore (di prossima pubblicazione).

che l'utero si riscontra mobilissimo, l'utero e il seno vaginale sono ricacciati profondamente nelle scavazioni, che la porzione vaginale risente i movimenti impressi al liquido con la palpazione; due fenomeni che nelle cisti ovariche Scanzoni non riscontrò mai. Il criterio etiologico ha qualche importanza nella diagnosi differenziale delle cisti ovariche con l'ascite. La puntura dell'addome dovrebbe togliere ogni dubbio. S'incontrano pur troppo, dice l'illus. prof. Landi, dei casi nei quali è difficile pronunciarsi con certezza assoluta per l'uno e per l'altro stato morboso; e ricorda molto appositamente un fatto clinico che lo lasciò molto indeciso sul giudizio diagnostico non ostante i più razionali e più scrupolosi esami ripetutamente applicati.

L'ascite è la più comune complicanza delle cisti ovariche: egli però non l'ha osservata che due volte come tale.

Cisti sierose del peritoneo. — Sono rare; hanno oscura sintomatologia.

Le *cisti sierose,* le *cisti idatiche*, l'*idrope cistica dell'omento* formano il tema d'un altro capitolo dove si danno i più probabili criteri differenziali dalle ovariche; e per le cisti idatigene è notato il fremito idatigeno, la presenza di echinococchi in altri organi.

Idronefrosi e cisti idatica dei reni. — Ha avuto un caso molto istruttivo che espone qui con dettaglio e con giustissime riflessioni.

Echinococco del rene. — La sua sintomatologia è così poco ben definita che giustifica gli errori diagnostici del Menzel e di altri: ne è sufficiente a farlo ben differenziare dall'*idronefrosi.*

Cisti sierose ed idatiche del fegato e della milza. — Le sierose si equivocano molto più facilmente delle altre con le ovariche. Di piccolo volume per solito, possono trovarsi anche molto sviluppate; daranno luogo a difficoltà diagnostiche; per sormontarle è un buon mezzo l'esame del liquido evacuato.

Anche delle cisti idatiche passa in rassegna i sintomi principali non ostante i quali l'errore non è infrequente, sia perchè il fremito idatigeno è raro, ma perchè anche sapendo che il tumore è venuto dall'alto è malagevole differenziarlo dall'idronefrosi: avvalora l'opinione del prof. Landi il sapere che un Concato un De Haen e un Harvey doverono scambiare un tumore idiatigeno con un idrope cistica dell'ovaja.

Cisti sierose sotto-peritoneali, e cisti idatigene. — Pur queste possono offrire occasione ad errare nella diagnosi, ma ritiene il prof. Landi che qualche fenomeno studiato accuratamente possa dare lume e guida a verificarle.

L' *ascesso delle fosse iliache interne e l' ascesso per congestione* non si possono confondere con le cisti ovariche influenzate da accidenti infiammatorii.

L' *ascesso delle guaine dei muscoli retti* è tema dell' ultimo capitolo. Questa affezione ha caratteri suoi proprii, la conoscenza dei quali non sarà facilissima, ma varrà certamente a non mandarla confusa con le cisti ovariche e con altri tumori. La Clinica del prof. Landi va popolandosi di malate per cisti ovariche; è questo un fatto che mentre attesta la fiducia e la stima che da ogni parte è tributata a questo degno successore dei celebri Regnoli e Palamidessi, porge novella messe alla osservazione ed all' operosità del nostro clinico il quale, come ha saputo far questa volta, ci darà il bene di parteciparci quanto il suo retto criterio, il suo spirito investigatore e il suo sapere avranno potuto conquistare.

D'Ottaviano Marchionneschi
Aiuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Pisa.

Notizie compendiate

Amputazione cesarea utero-ovarica. — Si fece strada anche in Russia, ove venne eseguita due volte a Mosca, una con esito felice, l'altra con esito infausto. A Parigi venne praticata un'altra ovaro-isterotomia cesarea con esito felice da Lucas-Championnière.

Esportazione totale dell' utero canceroso. — Schink riporta sei casi operati da A. Martin: cinque operate morirono, in un caso l'operazione rimase incompiuta: come modificazione del processo operativo è importante il notare come in un caso si aprisse il cavo addominale mediante una incisione semilunare dall'una all'altra spina anteriore superiore iliaca. Di 49 casi a lui noti, ve ne furono 29 con esito letale e delle 12 salvate due furon colte da recidiva.

Rottura d' utero. — Attualmente in cui la terapia chirurgica delle rotture uterine sembra sulla via di subire notevoli modificazioni, importa conoscere i risultati ottenuti colla sutura. Reben riporta tre casi di rottura d'utero in cui da Schroeder venne praticata la laparotomia seguita dalla cucitura della breccia, previa resezione de' suoi margini. In tutti e tre i casi si ebbe la morte.

Ovariotomia nell' Istituto Ostetrico di Milano. — Venne praticata il 23 dicembre dal prof. Chiara. Enorme tumore colloide del peso di 24 chilog.; numerose e fitte aderenze parietali; aderenze intestinali; trattamento extraperitoneale del peduncolo; in 8.ª giornata l'operata è apirettica.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Il commemorativo, l'inspezione, la palpazione, la percussione in diverse posizioni del corpo, l'esplorazione tattile vaginale e rettale, e specialmente quando esistono aderenze cogli organi pelvici, o la cisti abbia assunto tal volume da essersi impegnata nell'escavazione, ecco per il prof. Landi altrettanti mezzi d'indagine che varranno a porne una diagnosi di cisti ovariche su basi stabili e tranquille.

Nota il dotto clinico che le deviazioni dell'utero non sono costanti e si fa a narrarci tre casi nei quali incontrò una volta una duplice e opposta deviazione del corpo e del collo dell'utero, altra volta antiversione e una terza innalzamento d'utero, e questo era la conseguenza d'un fibroma uterino; così si conferma sempre più l'eziologia dell'elevazione dell'utero già dataci dal Courty (1).

Anche l'esplorazione rettale (in specie nelle vergini) può dar lumi sufficienti per il diagnostico, più adatta però, giusta le osservazioni del Landi, a scoprire le modificazioni che avrà subìto l'utero che non piuttosto le particolarità della cisti, la quale così sarà ben studiata solamente nel caso di adesioni con gli organi pelvici e quando siasi fatta eccessivamente voluminosa, e quindi occupante la pelvi.

Sono a tenersi in conto anche le modificazioni della mestruazione; è necessario aver presente che questa funzione può esercitarsi anche con cisti sviluppatissima. La mestruazione cessa ad epoca molto inoltrata della malattia e per effetto della compressione, che la cisti fa sull'ovaio sano o per degenerazione cistica di ambedue le ovaie o per occlusione delle trombe.

Diagnosi delle varietà più importanti delle cisti, delle loro ordinarie complicanze e diagnosi differenziale. — Adotta la divisione delle cisti in *semplici* e *composte;* nelle prime intende comprese quelle ad una sola loggia *uniloculari*, e nelle seconde tutte le seguenti sottospecie, *cisti multiple* o *moltiloculari*, *proligere*, *prolifere*, o anche *endogene* ed *esogene*, le cisti *areolari* o *cistomi* o *cistoidi dell'ovaio* e per ultimo *le cisti dermoidee.*

I tumori ovarici cui va unito qualche altro elemento patologico egli chiama volontieri *fibroma*, *sarcoma*, *carcinoma* (secondo la natura dell'elemento in parola), con l'aggiunto successivo di *cistico* quando il fatto istologico primitivo non fu rappresentato da ciste; ma se si può mettere in chiaro che il fibroma, il sarcoma, il carcinoma sorsero secondaria-

(1) Traité pratique des Maladies de l'Uterus.

mente alla ciste stessa, sarà detto bene *cisto-fibroma, cisto-sarcoma*, ecc. E giusta l'autore ne andrebbero separate le due grandi varietà sopra distinte di cisti semplici e cisti composte.

Le cisti moltiloculari sono più frequenti delle uniloculari. L'uniloculare arriva al volume d'una testa d'adulto, ha forma sferoidale ed ovoidale, superficie regolare liscia, tendenza a tenere la linea mediana, raramente accompagnata da aderenze e facilmente spostabile. Dà fluttuazione marcata. Frequentemente, per taluni, si osserva una strozzatura del tumore in corrispondenza dello stretto superiore del bacino e lungo la sua direzione. Non è un segno costante, come neppure è costantemente uguale l'aspetto del liquido contenuto nella ciste.

La ciste moltiloculare è voluminosa oltremodo, ha superficie irregolare e con vari lobi di differente consistenza, corrisponde alla parte da cui origina, ha fluttuazione circoscritta, raramente estesa, talora oscurissima, è immobile per le aderenze che le sono comunissime e per il volume.

Per alcuni possiede un contenuto gelatinoso, filante e può essere anche semifluido o solido o con materie grasse o peli. Nel dubbio si consiglia la sondatura elastica, come suggerisce Heritt.

La sede iniziale del tumore ci dirà se il tumore è dell'ovaia o dell'utero, e la palpazione può servire a scoprire il punto di origine per una consistenza rilevata maggiöre e più ristretta. La percussione a modo del prof. Baccelli ha corrisposto molto a quella aspettativa che era ben giustificata dalla celebrità del nome e dal genio ammirato del clinico di Roma.

Venendo a numerare le malattie che han segni proprii anche alle cisti il prof. Landi osserva che sono troppe quelle credute equivocabili con la ciste e ne fa una retta e giudiziosa scelta. Ritiene che la diagnosi differenziale possa procedere sicura a muovere dai fenomeni delle cisti che vanno poste dipoi a riscontro di quelli della malattia più ragionevolmente supponibile.

Malattie con fenomeni a comune con le cisti.

Sarcoma e carcinoma cistico. — Sono di forma e superficie irregolare, bernoccoluta, dura. A volta dolenti se palpati e di oscura fluttuazione. Possono comparire a tutte l'età, prima della pubertà rari, per solito unilaterali. Dànno cenno della loro presenza con la stipsi,

il tenesmo vescicale, qualche doloretto all'ipogastrio, un po' di disordine nelle funzioni mestrue, poi le dispepsie, gli edemi parziali, l'ascite. Non sono molto voluminosi. A sviluppo inoltrato v'è l'addome disteso a forma globosa, più alto che largo e con rete venosa addominale assai notevole.

Abbiamo di più la cachessia nel cisto-carcinoma.

Continuando la serie dei sintomi troviamo suono ottuso alla percussione su tutto l'ambito del tumore, quasi ottuso nella regione lombare più vicina al tumore, timpanico nella regione opposta.

L'esplorazione vaginale ora rileva l'utero mobile, più spesso però immobile, spostato. Un grave stato di ipertrofia che si stabilisce in seguito al sarcoma e carcinoma cistico è anche un buon criterio per la diagnosi.

Sono notati alcuni segni differenziali per riconoscere l'una dall'altra neoproduzione.

Cancro dell'ovaia. — È di rado primitivo; la ordinaria forma anatomica è la midollare, per la sede speciale nella stroma ovarica si mostra più consistente che non sia quando nasce in altri luoghi. Ha molti sintomi a comune col carcinoma e sarcoma cistico. Suole comparire dai 40-50 anni. Dà dolori lancinanti forti, si sviluppa rapidamente e porta la cachessia. Un'attenta osservazione dei sintomi e infine la puntura esplorativa gioveranno a differenziare questi tumori dai policistici.

Cisti sierose dei legamenti larghi o para-ovariche o extra-ovariche: hanno pareti sottili, giusta alcuni di piccolo volume, di contenuto liquido, acqueo, rarissimamente albuminose, mai con pura albumina: hanno caratteri che le ravvicinano alle uniloculari dell'ovaio, ma le loro pareti sono deboli e si rompono con facilità.

Ebbe nella sua clinica, quest'anno, il prof. Landi un caso che fu giudicato una ciste del Rosennmuller; il liquido evacuato era limpidissimo ed il volume della ciste tale da confermare l'opinione già da lui emessa in questa Memoria, cioè che queste cisti sierose dei ligamenti larghi siano capaci di assumere un volume vicino a quello delle altre cisti nel terzo stadio clinico.

Per il Gendrin la cura dovrebbe essere la sola puntura poichè secondo lui non si riproducono; il Koeberlé crede che il liquido si riproduca spesso in modo lento e talora rapidissimamente. Il caso ricordato anche sotto questo punto sarebbe interessante perchè può stare a dirci che il liquido veramente si riproduce.

Sulle cisti del corpo di Rosennmuller il prof. Minati avea già da gran tempo fermata la sua attenzione sulla frequente loro presenza sulla superficie dei legamenti larghi, e ne aveva osservate insieme co l compianto dott. Carlo Regnoli molte e di vario volume sempre peduncolate di maniera da credere che anche elleno potessero avere uno sviluppo grande da fare concorrenza con le altre dell'ovaia. A lui è mancata l'occasione di poterle verificare nello stato di grande accrescimento, e può darsi che avendo un involucro molto sottile e contenendo pure un liquido molto sottile e trasparente simile a quello delle idatidi, nel senso generale della parola, esse possono anche scomparire rompendosi e il liquido essendone riassorbito. Sicchè egli sarebbe condotto a credere che le cisti del corpo di Rosennmuller dovrebbero avere tutte un peduncolo; e che se si sono incontrati dei tumori contenenti un liquido non peduncolati siano stati cagionati da versamenti sierosi fra le pagine del peritoneo che dopo avere abbracciato i legamenti utero-ovarici e le trombe si ripiegano sopra sè stessi per mettersi a contatto.

Il *mioma e fibroma* peri-uterino o sotto-peritoneale il prof. Landi vorrebbe che si comprendessero sotto la denominazione che ha loro assegnato il Virchow, cioè quella di mio-fibroma per la ragione della frequente concorrenza del tessuto muscolare e fibroso a comporne un tumore.

Il mio-fibroma peri-uterino è più frequente dei tumori dell' ovaja e più ancora dei cistici. Il prof. Landi ne designa la sede ordinaria, la sintomatologia e la ragione per cui alcuni eminenti pratici lo confusero con altre entità morbose e in ispecie con la cisti uniloculare. Tesse la storia d' un caso occorsogli nella sua clinica di Pisa e ne riassume uno osservato e non diagnosticato da Spencer Welles. Entra a parlare della varietà cistica del mio-fibroma, dopo avere spese alcune parole sulla trasformazione geodiforme e la cistica la quale ultima ha una membrana propria e pareti isolanti; mentre l' altro ne manca.

Rammenta due altre trasformazioni del mio-fibroma, la sarcomatosa e la cancerosa. — La compattezza del tumore, il suo prender parte ai movimenti impressi all' utero, il cateterismo uterino, la puntura esplorativa dice il prof. Landi essere di aiuto non lieve a differenziare il mio-fibroma peri-uterino dalle cisti ovariche.

A completare la diagnosi differenziale egli riporta i segni dati al mio-fibroma dal Caternault e quelli più proprii delle cisti ovariche.

E fra i segni non è trascurata l'età a cui è solito di venire; e importanti trovò anche quelli che riguardano i cambiamenti dell'utero, della funzione di esso, della ubicazione del tumore, della sua forma, consistenza, direzione e dei disordini ad esso consecutivi.

Il cancro dell'utero non si può confondere con le cisti ovariche.

La gravidanza extra-uterina può essere presa per una ciste fino al 3.º mese, ma è necessario il concorso di troppe circostanze per cadere in simile errore.

Anche la gravidanza normale è stata qualche volta diagnosticata per una ciste, come vi sono stati clinici che hanno praticata l'ovariotomia ed han supposto un' altra ciste quello che era utero gravido che si sviluppava verso la ciste. Dalla gravidanza si distingue il tumore periuterino per l'assenza dei fenomeni più proprii di quella. Il ballottamento da taluni ritenuto per segno preziosissimo di gravidanza è giustamente ammesso possibile anche nel caso di mio-fibroma. — E questo credo si tenga da tutti i ginecologi; ma volendo fare tesoro di una razionalissima, chiara e interessante distinzione che io appresi dall' illustre ed ottimo mio maestro il prof. Minati aggiungerò che altro è ballottamento, altro rimbalzo; il primo è quando *quel corpo sferico* (che è la testa del feto) *che si sente verso il collo dell' utero può spostarsi in varj sensi,* il secondo *quando questo corpo sferico si può allontanar per un momento ed aspettare che ricada nella parte della mano che esplora* (1). — Quest'ultimo non può essere che dell'utero gravido perchè altrimenti sarebbe necessario supporre un tumore libero e natante nell'utero e così capace di essere tanto spostato.

In riguardo all'ascite rammenta i segni meno incerti per diagnosticarla e fra i molti che ne danno gli autori prende a considerare il cambiamento di suono alla percussione nel cambiare posizione all'infermo, che per il Bamberger è segno che può mancare, la risonanza timpanica scoperta nella sede e nel modo che indica molto precisamente il prof. Cantani. È di buon soccorso alla diagnosi anche lo sviluppo regolare, sollecito che fa dal basso all'alto e lungo una linea orizzontale, il tumore, come pure il vedere nel decubito dorsale della malata che i fianchi sono sporgenti, che vi ha appianamento nella parte mediana e che nel decubito laterale si fa prominente il lato dove giace l'inferma, che la cicatrice ombellicale si distende e si solleva e divengono edematose l'estremità inferiori, l'addome, le parti genitali esterne. — Nota di più

(1) L. Minati, Trattato di Ostetricia minore (di prossima pubblicazione).

che l'utero si riscontra mobilissimo, l'utero e il seno vaginale sono ricacciati profondamente nelle scavazioni, che la porzione vaginale risente i movimenti impressi al liquido con la palpazione; due fenomeni che nelle cisti ovariche Scanzoni non riscontrò mai. Il criterio etiologico ha qualche importanza nella diagnosi differenziale delle cisti ovariche con l'ascite. La puntura dell'addome dovrebbe togliere ogni dubbio. S'incontrano pur troppo, dice l'illus. prof. Landi, dei casi nei quali è difficile pronunciarsi con certezza assoluta per l'uno e per l'altro stato morboso; e ricorda molto appositamente un fatto clinico che lo lasciò molto indeciso sul giudizio diagnostico non ostante i più razionali e più scrupolosi esami ripetutamente applicati.

L'ascite è la più comune complicanza delle cisti ovariche: egli però non l'ha osservata che due volte come tale.

Cisti sierose del peritoneo. — Sono rare; hanno oscura sintomatologia.

Le *cisti sierose,* le *cisti idatiche*, l'*idrope cistica dell'omento* formano il tema d'un altro capitolo dove si danno i più probabili criteri differenziali dalle ovariche; e per le cisti idatigene è notato il fremito idatigeno, la presenza di echinococchi in altri organi.

Idronefrosi e cisti idatica dei reni. — Ha avuto un caso molto istruttivo che espone qui con dettaglio e con giustissime riflessioni.

Echinococco del rene. — La sua sintomatologia è così poco ben definita che giustifica gli errori diagnostici del Menzel e di altri: ne è sufficiente a farlo ben differenziare dall'*idronefrosi.*

Cisti sierose ed idatiche del fegato e della milza. — Le sierose si equivocano molto più facilmente delle altre con le ovariche. Di piccolo volume per solito, possono trovarsi anche molto sviluppate; daranno luogo a difficoltà diagnostiche; per sormontarle è un buon mezzo l'esame del liquido evacuato.

Anche delle cisti idatiche passa in rassegna i sintomi principali non ostante i quali l'errore non è infrequente, sia perchè il fremito idatigeno è raro, ma perchè anche sapendo che il tumore è venuto dall'alto è malagevole differenziarlo dall'idronefrosi: avvalora l'opinione del prof. Landi il sapere che un Concato un De Haen e un Harvey doverono scambiare un tumore idiatigeno con un idrope cistica dell'ovaja.

Cisti sierose sotto-peritoneali, e cisti idatigene. — Pur queste possono offrire occasione ad errare nella diagnosi, ma ritiene il prof. Landi che qualche fenomeno studiato accuratamente possa dare lume e guida a verificarle.

L' *ascesso delle fosse iliache interne e l' ascesso per congestione* non si possono confondere con le cisti ovariche influenzate da accidenti infiammatorii.

L' *ascesso delle guaine dei muscoli retti* è tema dell' ultimo capitolo. Questa affezione ha caratteri suoi proprii, la conoscenza dei quali non sarà facilissima, ma varrà certamente a non mandarla confusa con le cisti ovariche e con altri tumori. La Clinica del prof. Landi va popolandosi di malate per cisti ovariche; è questo un fatto che mentre attesta la fiducia e la stima che da ogni parte è tributata a questo degno successore dei celebri Regnoli e Palamidessi, porge novella messe alla osservazione ed all' operosità del nostro clinico il quale, come ha saputo far questa volta, ci darà il bene di parteciparci quanto il suo retto criterio, il suo spirito investigatore e il suo sapere avranno potuto conquistare.

D'Ottaviano Marchionneschi
Aiuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Pisa.

Notizie compendiate

Amputazione cesarea utero-ovarica. — Si fece strada anche in Russia, ove venne eseguita due volte a Mosca, una con esito felice, l'altra con esito infausto. A Parigi venne praticata un'altra ovaro-isterotomia cesarea con esito felice da Lucas-Championnière.

Esportazione totale dell' utero canceroso. — Schink riporta sei casi operati da A. Martin: cinque operate morirono, in un caso l'operazione rimase incompiuta: come modificazione del processo operativo è importante il notare come in un caso si aprisse il cavo addominale mediante una incisione semilunare dall'una all'altra spina anteriore superiore iliaca. Di 49 casi a lui noti, ve ne furono 29 con esito letale e delle 12 salvate due furon colte da recidiva.

Rottura d' utero. — Attualmente in cui la terapia chirurgica delle rotture uterine sembra sulla via di subire notevoli modificazioni, importa conoscere i risultati ottenuti colla sutura. Reben riporta tre casi di rottura d'utero in cui da Schroeder venne praticata la laparotomia seguita dalla cucitura della breccia, previa resezione de' suoi margini. In tutti e tre i casi si ebbe la morte.

Ovariotomia nell' Istituto Ostetrico di Milano. — Venne praticata il 23 dicembre dal prof. Chiara. Enorme tumore colloide del peso di 24 chilog.; numerose e fitte aderenze parietali; aderenze intestinali; trattamento extraperitoneale del peduncolo; in 8.ª giornata l'operata è apirettica.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

XXVIII
h